272

LA THÉRAPEUTIQUE

DES

MALADIES MENTALES ET NERVEUSES

Dans les Asiles Publics d'Aliénés

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

LA THÉRAPEUTIQUE

DES

MALADIES MENTALES

ET NERVEUSES

DANS LES

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

PAR

Paul JABOUILLE

Né le 6 février 1884 à Angers
Interne des Asiles

Président : M. DIEULAFOY, *Professeur.*

PARIS
Librairie Médicale & Scientifique
Jules ROUSSET
1, rue Casimir-Delavigne et 12, rue Monsieur-le-Prince
1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL. DEJERINE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	DELBET. QUENU. RECLUS. SEGOND.
Clinique ophtalmologique	de LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	BAR. PINARD. Ribemont-Dessaignes.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.
BALTHAZARD.	CUNEO.	LAUNOIS.	NOBECOURT.
BRANCA.	DEMELIN.	LECENE.	OMBREDANNE.
BEZANÇON (Fernand).	DESGREZ.	LEGRY.	POTOCKI.
BRINDEAU.	DUVAL (Pierre).	LENORMANT.	PROUST.
BROCA (André).	GOSSET.	LOEPER.	RENON.
BRUMPT.	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
CARNOT.	JEANNIN.	MAILLARD.	RIEFFEL.
CASTAIGNE.	JEANSELME.	MARION.	SICARD.
CLAUDE.	JOUSSET (André).	MORESTIN.	ZIMMERN.
	LABBE (Marcel).	MULON.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

AVANT-PROPOS

A première vue, il semble que la *Thérapeutique* soit la branche la plus intéressante, la plus captivante de la science psychiâtrique ; il semble que la guérison de la folie soit le problème principal qui mérite d'occuper et de retenir l'attention du médecin aliéniste ; il semble aussi que ce soit précisément en cela qui consiste la beauté et l'utilité de son rôle : rendre la raison à des malheureux que leur maladie rabaisse au rang des animaux les plus inférieurs et les créer pour ainsi dire une deuxième fois. — Telles étaient du moins les idées que nous nous faisions avant d'entrer dans les asiles et c'est en grande partie à elles que nous devons d'avoir choisi plus spécialement cette voie dans nos études médicales.

Il n'a pas fallu deux ans d'internat pour faire tomber toutes nos illusions à ce sujet. Si quelques progrès ont été faits en psychiâtrie, c'est surtout dans l'étude de la pathologie mentale, en ce qui concerne la classification, l'étiologie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie et les formes cliniques des différentes psychoses.

Quand on a donné tous ses soins à établir un bon diagnostic, ce n'est pas pour servir de base à une thérapeutique rationnelle, on fait simplement de la science pour la science comme d'autres font de l'art pour l'art.

C'est en vain que l'on pourrait croire que toute la science médicale est dirigée vers un seul but pratique, guérir. Ce seul point, celui justement qui faisait pour nous l'intérêt de

ces études pathologiques, le traitement, est complètement négligé presque partout.

On ne soigne pas la folie dans nos asiles, ou on la soigne mal.

Nous ne voulons pas dire par là qu'on maltraite les fous ; il y a une nuance qu'il importe ici d'éclaircir parce qu'on l'oublie trop souvent. Les idées de Pinel ont depuis cent ans produit un résultat.

Nos asiles se sont transformés peu à peu en de véritables hospices, où les règles de l'hygiène sont rigoureusement appliquées, où l'emploi des moyens de contrainte diminue peu à peu, où la brutalité du personnel est de plus en plus rare et sévèrement réprimée. On « traite » enfin les fous comme des malades, avec douceur et pitié, mais on ne les « soigne » pas, on ne fait rien pour les guérir. On les garde simplement renfermés dans de jolies prisons, que l'on tâche de doter chaque jour de plus de confort, et voilà tout.

Si la thérapeutique de l'aliénation mentale n'a fait aucun progrès dans les asiles publics et si la plupart des médecins ont l'air de l'ignorer tout à fait, les auteurs cependant s'en sont fort occupés et les méthodes de traitement sont nombreuses. Ce fut un véritable étonnement pour nous de découvrir dans les bibliothèques un nombre imposant d'ouvrages sur ce sujet et de voir que, sauf en ce qui concerne quelques découvertes récentes, cette branche de la thérapeutique a acquis un développement considérable.

Dans la pratique, la thérapeutique des maladies mentales et nerveuses est à peine ébauchée.

Le contraste était si frappant et nous a tellement impressionné, surtout pendant le séjour de près de deux ans que nous avons fait comme interne à l'asile de Sainte-Gemmes-

sur-Loire, que nous avons résolu d'en faire le sujet de cette thèse.

Nous nous sommes donc efforcé, après une observation minutieuse et impartiale, d'établir un parallèle entre la thérapeutique en usage dans nos asiles, et celle que l'on pourrait et que l'on devrait y employer.

Pourtant nous ne voulons pas que l'on puisse croire à une critique dirigée contre le corps des médecins d'asile, dont nous connaissons le zèle et dont nous avons pu apprécier en maintes occasions le dévouement. Nous savons parfaitement que, sauf de rares exceptions, ils ne peuvent être responsables de la situation actuelle, et que leurs efforts persévérants se heurtent trop souvent à des difficultés insurmontables.

En conséquence, nous avons résumé les causes principales de ce déplorable état de choses, ainsi que les réformes qui nous semblent les plus utiles pour y remédier. Il nous a paru intéressant de signaler à cette occasion le peu de progrès qui doit résulter de la nouvelle loi sur le régime des aliénés que le Dr Dubief a fait voter par la Chambre des Députés en 1907.

Nous avons cru bon aussi de faire précéder cette étude d'un très rapide aperçu historique ; si abrégée qu'elle soit, cette introduction était tout à fait utile pour faire comprendre par suite de quelles erreurs cette partie de la médecine est encore si en retard à l'heure actuelle.

Tel est le plan général que nous avons suivi. C'est là en somme une observation. Bien que longue, elle n'en reste pas moins fort incomplète. Nous avons été obligé trop souvent de nous contenter de formules générales et par suite imprécises. Les détails et les exemples piquants sont légion, mais nous n'avons pu les noter tous. Nous avons surtout

essayé de donner une idée à ceux qui ne connaissent pas nos asiles publics de l'insuffisance vraiment inouïe de leur organisation actuelle au point de vue thérapeutique. Nous serions trop heureux si cette révélation pouvait inciter des voix plus autorisées et plus puissantes que la nôtre à faire aboutir les réformes nécessaires. Malheureusement, on porte peu d'intérêt aux « outlaws » des asiles, même dans le monde médical, et nous n'osons pas espérer d'amélioration prochaine à leur sort. Longtemps encore sans doute ils resteront des abandonnés, et les inspecteurs généraux pourront conclure leurs rapports comme le faisait Girard de Cailleux en 1863 par cette désolante constatation :

« Il semble qu'on a inscrit pour ces malheureux exilés, sur le frontispice de leur lugubre demeure, ce fameux vers de Dante :

Voi ch' entrate, lasciate ogni speranza ! »

PREMIÈRE PARTIE

HISTORIQUE ET DIVISION

Historique

Nous n'avons pas l'intention de faire ici l'historique complet de la thérapeutique des maladies mentales. Nous nous bornerons à le résumer à grands traits pour nous arrêter plus longuement sur la période moderne ou plutôt actuelle, la plus intéressante pour nous.

A l'époque gréco-romaine, il y a une panacée de la folie, la fameuse ellébore d'Anticyre, qui avait, dit-on, guéri Hercule. Quelques médecins célèbres, tels que Celse, Arétée, Caelius Aurelianus, y avaient joint cependant l'isolement, les bains, le balancement, et même Arétée avait insisté sur les moyens de douceur et le traitement moral de la folie.

Galien prescrit les émissions sanguines dans la mélancolie, mais ne s'appesantit guère sur les maladies mentales et ses successeurs imitent son silence à ce sujet.

Puis le christianisme vient enrayer brusquement les progrès de la science et surtout de la médecine. Les prescriptions des médecins en ce qui concerne la folie n'ont plus rien de scientifique :

Alexandre de Tralles, en 560 après Jésus-Christ, conseille, dit Trélat, de boire pendant 5 jours de suite, dans du lait et à jeun, les testicules d'un jeune coq ; d'enfermer un chien pendant quatorze jours et de ne le nourrir que d'os ; le quin

zième jour, de brûler ses excréments blancs et d'en faire usage pendant cinq jours. — Cette singulière recette indique quel recul considérable nous devons noter depuis Celse et Arétée.

Les années, les siècles se passent et la science psychiâtrique ne fait que rétrograder davantage.

Au moyen âge, l'inquisition, avec tout son cortège de superstitions absurdes sur la sorcellerie, les puissances surnaturelles et diaboliques, déclare que les fous sont des criminels possédés du démon, les emprisonne, les torture et les envoie au bûcher. — Le seul Jean Wier à cet époque (1564) osa élever la voix en faveur de ces malheureux.

Au XVII^e^ siècle, les idées religieuses restent encore les plus fortes, malgré les efforts de Descartes, Pascal, Leibnitz, des savants tels que Plater, Semert croient à l'influence des démons et des puissances occultes. Willis introduit alors les procédés d'intimidation dans la thérapeutique de la folie. Robertson et Baglivi louent les bons résultats de l'immersion par surprise. Malgré ces quelques essais, il est presque superflu de dire que pendant toute cette époque, les purgations et les saignées sont les procédés thérapeutiques les plus employés dans la folie comme dans les autres maladies.

Au XVIII^e^ siècle, on s'occupe très peu de la thérapeutique des maladies mentales. On cherche davantage à élucider leur étiologie. Seul, Lieutaud réprouve l'abus des agents pharmaceutiques pour vanter les effets de l'hygiène et du régime. — Enfin Cullen, devançant Conolly, s'élève contre les excès dans l'emploi des moyens de coercition et ordonne de laisser les aliénés libres d'aller et de venir.

Mais les véritables progrès de la psychiâtrie ne commencent en réalité qu'avec le XIX^e^ siècle, avec Pinel. Le grand réformateur de Bicêtre a accompli une œuvre trop considé-

rable pour que nous puissions en donner ici un aperçu. C'est d'ailleurs surtout au point de vue de l'assistance des aliénés qu'il a transformé complètement l'état de choses existant avant lui. Proscrivant énergiquement les moyens de coercition, il a, suivant un mot célèbre,« élevé les aliénés à la dignité de malades ». Il a combattu également l'immersion par surprise qu'il qualifie de moyen dangereux et barbare et s'est montré un ardent adversaire de la saignée.

C'est à ce moment que Cox en Angleterre préconisait le système de la rotation, qui rappelle le balancement de Caelius Aurelianus, et que nous notons pour mémoire seulement, car il a été depuis complètement abandonné. Il proposait aussi la trépanation pour guérir les psychoses.

Un peu plus tard, Esquirol vante les avantages de l'isolement, et proscrit énergiquement aussi non seulement les moyens de contrainte mais aussi les procédés d'intimidation. Il prescrit les bains et les laxatifs dans l'excitation. Il n'admet pas l'emploi des narcotiques dans l'insomnie : « Le régime, le travail, l'exercice sont les vrais remèdes contre l'insomnie ». Il mit enfin en usage la sonde œsophagienne, déjà essayée seulement par Pinel, dans les cas de sitiophobie.

Malgré ces progrès et malgré l'influence considérable de ces hommes remarquables, les aliénés restaient malgré tout des êtres à part, dont on avait plus peur que pitié et qui étaient assimilés dans la loi elle-même aux animaux malfaisants et féroces ; nous citerons à ce propos la loi des 16 et 20 août 1790 qui confie à la vigilance et à l'autorité des corps municipaux « le soin d'obvier ou de remédier aux événements fâcheux qui pourraient être occasionnés par les insensés ou les furieux laissés en liberté et par la divagation des animaux malfaisants et féroces », et la loi des 19 et 22 juillet 1791 qui édicte des peines de police correctionnelle

contre « ceux qui laisseront divaguer des insensés ou furieux ou des animaux malfaisants ou féroces. »

La loi de 1838, en organisant et en réglementant l'assistance des aliénés, devait du même coup donner une extension considérable aux progrès de la psychiâtrie et de la thérapeutique des maladies mentales. Toute cette fin du XIX^e^ siècle est marquée chaque jour par les travaux d'une pléïade de savants illustres; dont nous citerons quelques noms seulement pour mémoire. Georget, Heinroth, Ellis, Guislain, Ferrus, Calmeil, Falret, Griesinger, Conolly, Lasègue, Morel, Parchappe, Brierre de Boismont, Dagonet, Moreau et tant d'autres.

Poursuivant la route tracée par Pinel et Esquirol, tous ces savants ont perfectionné nos asiles et résolu de la façon la plus satisfaisante le problème de l'assistance des aliénés. Egalement la pathologie mentale a fait des progrès immenses, mais cette étude est déjà beaucoup plus moderne. Enfin, la thérapeutique proprement dite est encore à ses débuts, au moins en pratique. Si nous devions citer ici tous es noms des aliénistes éminents qui, dans ces trente dernières années ont contribué au développement de la science psychiâtrique, la liste serait trop longue et nous risquerions d'en oublier. La plupart de ceux qui se sont occupés plus particulièrement de la thérapeutique des maladies mentales sont nommés dans le cours de cette étude à la place qui leur convient à chacun, et si l'on veut se reporter à l'index bibliographique, on pourra se rendre compte que le nombre est considérable de ceux qui ont apporté leur pierre à l'édifice. — Malheureusement, on peut s'attrister à l'idée que tant de travaux sont restés pour ainsi dire inutiles, et qu'en pratique on n'emploie aucune thérapeutique dans les asiles.

Après avoir tant fait pour l'assistance des aliénés, puis pour

la connaissance de la folie, ne fera-t-on rien pour le seul but pratique qui semble être l'idéal où tendent tous ces généreux efforts : La guérison de la folie ?

* *

La thérapeutique actuelle

Pour compléter cet historique, il convient de donner un aperçu de l'état actuel de la question. Nous allons donc tâcher de donner une description aussi fidèle que possible de la thérapeutique employée aujourd'hui dans les asiles publics d'aliénés.

Pour cela nous prendrons un exemple ; nous suivrons un aliéné depuis son arrivée à l'asile jusqu'à sa guérison ou sa mort.

Il y a une distinction préalable à faire parmi les aliénés des asiles publics : les uns, dont la famille paie la pension, et les autres, qui sont internés au compte de leurs départements et que l'on appelle les indigents. — Les pensionnaires sont en effet des exceptions qui bénéficient quelquefois d'un traitement de faveur parce qu'il faut tâcher de conserver des clients qui paient et parce que les parents pourraient se plaindre de ne pas en avoir pour leur argent ; même malgré cela pourtant, nous les avons vus le plus souvent soumis à la même thérapeutique que les aliénés indigents, toute la différence consistant en une hygiène un peu meilleure, le surplus de leur pension servant à alimenter le boni de la caisse de l'asile.

Nous prendrons donc comme exemple un aliéné indigent.

L'indigent arrive rarement accompagné par sa famille : ce sont généralement des infirmiers, quelquefois des agents de police, qui l'amènent à l'asile. Il est par suite impossible à

l'interne de garde d'obtenir le moindre renseignement sur le malade qu'il reçoit.

Si l'on n'a aucun renseignement sur les antécédents héréditaires ou personnels du malade, du moins pourrait-on espérer que le certificat médical qui figure au dossier va donner quelques détails sur la maladie qu'il présente au moment de son entrée ? Même pas cela. Par une tolérance singulière, qui est même une véritable violation de la loi, on se contente de certificats tels que celui-ci :

« Je soussigné, etc.... déclare que le nommé X est atteint d'aliénation mentale et qu'il est nécessaire de l'enfermer dans un asile parce qu'il peut être dangereux pour lui-même ou pour autrui. »

Nous verrons plus loin tout ce qu'a d'illégal un tel certificat, même pour le législateur de 1838. — En attendant, c'est là rendre singulièrement plus ardue la tâche du médecin d'asile.

A son arrivée, l'indigent est conduit à l'infirmerie, qui sert de quartier d'observation dans la plupart des asiles. Puis, on le conduit au bain.

Le lendemain matin, après la visite quotidienne, le médecin procède à l'examen du malade pour la rédaction du certificat de 24 heures. — Ceux qui n'ont jamais fait de stage dans les asiles ne peuvent pas se rendre compte de ce que cet examen peut réserver parfois de joies pour les assistants. Tel médecin, pressé par l'heure après avoir parcouru rapidement le dossier, regarde son malade d'un œil distrait et après quelques questions adressées aux infirmiers, recopie plus ou moins exactement le certificat d'entrée. Tel autre donne à cet interrogatoire l'apparence d'un procès en cour d'assises, en faisant amener le malade dans son cabinet où il siège entouré de son médecin adjoint et de ses internes, et en le morigénant avec une sévérité d'avocat général.

Tel autre, après quelques brèves questions d'identité, se borne à cataloguer les stigmates de dégénérescence. Nous avons assisté à des interrogatoires dignes de figurer dans les vaudevilles ou les charges les plus invraisemblables. Hâtons-nous cependant d'ajouter que nous avons vu aussi des médecins consciencieux apporter un soin très attentif à cet interrogatoire d'entrée et à la rédaction de leur certificat de 24 heures : ceux-ci sont ceux qui, tout en devenant fonctionnaires, ont voulu rester avant tout des médecins et dont certains disent avec quelque mépris qu'ils « font du zèle ». Nous espérons cependant que ce sont les plus nombreux.

Quant à l'examen physique, il est le plus souvent tout à fait négligé. Comme nous n'avons vu nulle part aliter systématiquement les entrants pour l'examen, les plus consciencieux se bornent à examiner les réflexes, à ausculter le cœur et à rechercher les traces de tentatives de suicide ; les autres n'y pensent même pas. Si bien que l'on reçoit des fiévreux et des contagieux sans s'en apercevoir et que c'est tout à fait par hasard, à l'infirmerie, à l'occasion d'une maladie incidente, ou même à la salle d'autopsie, que l'on découvre avec stupéfaction que tel malade présentait un hypospadias, des mamelons supplémentaires ou un testicule en ectopie.

Après ce premier interrogatoire, le malade reste généralement « en observation » pendant 15 jours, ce qui consiste uniquement à rester à l'infirmerie, car en fin de compte on ne l'observe pas plus là qu'on ne le ferait dans un autre quartier.

Chaque matin, le médecin passe bien devant lui à la visite, mais il ne s'arrête que si le personnel a quelque chose de spécial à signaler. Peut-il s'arrêter devant chacun des six ou huit cents malades qu'il passe en revue chaque

matin ? — Pourtant après 15 jours, le médecin, après quelques questions aux gardiens, rédige encore un certificat, dit certificat de quinzaine. Ce certificat est le plus souvent la copie exacte du certificat de 24 heures. Bien mieux, quelquefois même il se réduit à ces simples mots : « Même état que celui qui a été signalé dans le certificat de 24 heures. » Si bien que nous avons vu dans un asile un vieillard interné depuis une cinquantaine d'années et sur le dossier duquel on pouvait lire les renseignements suivants, recopiés sur le livre de la loi :

Certificat de 24 heures. — Etat mental sur lequel il est impossible de statuer.

Certificat de quinzaine. — Même état mental qu'à l'entrée.

Puis suivaient quatre pages couvertes de dates et de la mention « même état » ou encore « idem », écrites par les différents médecins qui s'étaient succédés tour à tour dans l'asile.

Cependant, après ce fameux certificat de quinzaine, l'observation du malade est considérée comme terminée, et on l'envoie dans une section pour faire de la place aux nouveaux entrants. Dans la plupart des asiles, c'est le surveillant en chef qui s'occupe de la répartition des malades : cependant dans quelques-uns nous avons vu demander l'avis du médecin.

A partir de ce moment, l'aliéné est complètement à la merci du personnel, son sort est entre les mains des surveillants et des gardiens, auxquels il faut obéir et plaire sous peine de représailles. Le médecin ne le connaît plus.

Peut-on d'ailleurs lui demander de connaître tous ses malades, quand il en a tant ? Peut-on lui demander de faire de la médecine, et de soigner tant de monde à la fois ?

Tous les matins cependant il passe devant ce malade qui vient d'entrer ; mais le voit-il seulement au milieu de cette foule qu'il passe en revue ?

Sérieux a critiqué vivement la visite médicale de nos asiles dans son rapport au Conseil général de la Seine en 1903. Il n'y a pas un mot à changer à l'heure actuelle à ce tableau plutôt navrant ; nous ne pouvons qu'en citer les principaux passages :

« Ce serait s'abuser étrangement, dit-il, que de se représenter la visite dans certains de nos grands dépôts d'aliénés comme identique à celle d'un établissement hospitalier ordinaire. Cette visite n'a plus guère le caractère médical. C'est une simple revue des aliénés pris en bloc, pareille à la revue d'ensemble que fait un colonel en passant devant le front de son régiment. La caractéristique de la visite quotidienne est en réalité l'absence de toute intervention médicale digne de ce nom, le *farniente* thérapeutique.

« Osera-t-on prétendre que ce vain simulacre de visite médicale soit utile aux malades, surtout aux aigus, dont l'état se modifie sans cesse, qu'il ne faut pas perdre de vue un seul jour ?

« Affirmera-t-on que cette visite d'inspection générale donne satisfaction aux justes exigences des familles, en droit de réclamer que leurs parents soient entourés de soins d'autant plus attentifs que l'état mental de ceux-ci les rend souvent inconscients ?

« Cette visite, enfin, peut-elle être considérée comme suffisante par le médecin lui-même, par un médecin conscient et soucieux de ses devoirs, et qui, écrasé sous le poids des mille obligations de sa tâche, se voit condamné à assister, spectateur inutile et thérapeute impuissant, à l'incurabilité

et à la mort de malades qu'il aurait dû traiter, qu'il aurait pu presque toujours améliorer et souvent guérir » ?

A l'infirmerie seulement, dans les salles réservées aux maladies incidentes, le médecin s'arrête. C'est l'hôpital dans l'asile, et, en y entrant, il semble reprendre seulement conscience de son rôle.

Partout ailleurs, ce sont les gardiens qui sont les véritables médecins des aliénés : c'est à eux que le médecin, débordé par le nombre, ne connaissant même pas le nom de ses malades, est obligé de demander des renseignements et presque des avis. Ce sont les gardiens qui sont chargés de cette « observation » des malades qui constitue la principale et la plus utile des fonctions médicales. Ce sont eux qui demandent des médicaments au médecin, qui indiquent que celui-ci a besoin d'une purgation ou d'une potion calmante, que celui-là pourrait travailler, que tel autre paraît souffrant. Le médecin ne peut ni interroger les malades, ni les examiner ; c'est à peine même s'il a le temps de vérifier l'exactitude des rapports du personnel : il a tant d'autres choses à faire !

Le résultat obligatoire de ce laisser-aller général, c'est que tous les abus sont tolérés. Les gardiens ne prennent même plus la peine de prévenir le médecin, ou ils le préviennent trop tard, quand de leur propre autorité ils ont mis un malade en cellule ou quand ils ont usé des moyens de contrainte. Il y a même des asiles où le surveillant en chef chez les hommes et la supérieure chez les femmes sont chargés de l'hydrothérapie !

Il y en a enfin où le personnel met en réserve les médicaments quand leur usage ne lui paraît pas utile et les distribue ensuite à sa fantaisie. Ce sont les gardiens qui indiquent ce qu'il convient de mettre sur les bulletins de santé,

qui envoient les malades au travail ou les retiennent dans les quartiers, qui décident enfin la plupart du temps de la sortie ou du maintien des malades. Ils ne se donnent bientôt plus la peine d'exécuter les prescriptions et, s'il déplaît à l'un d'eux de donner un lavement à un malade, le médecin pourra ordonner, il fera fi de ses ordres sans scrupule et sans danger.

Il est inutile d'insister sur les inconvénients d'un tel état de choses. Ce n'est même plus le farniente thérapeutique dont parle Sérieux, mais une thérapeutique négative qui peut aboutir aux résultats les plus graves, à la mort même des malades. C'est un danger que l'on serait coupable de ne pas signaler. Il ne faut pas seulement dire que l'on ne fait rien pour guérir, il faut ajouter que la négligence de surveillance d'un personnel trop souvent inconscient de la dignité de son rôle et en tous les cas toujours incompétent est la cause des abus les plus nuisibles à la santé des aliénés internés.

Est-on alors en droit de s'étonner de la fréquence des morts subites, de la gravité toujours excessive des affections signalées par les gardiens et qui évoluaient déjà depuis des semaines ou des mois, des surprises inconcevables qu'on éprouve aux autopsies, où l'on découvre des épanchements pleuraux de 3 litres, des cancers du volume d'une tête de fœtus ou des cavernes tuberculeuses où l'on pourrait loger les deux poings, toutes choses dont le diagnostic se fût imposé si on eût pris seulement la peine d'examiner les malades ?

On serait plutôt en droit d'être surpris de voir des cas de guérison.

Mais peut-on demander au personnel, auquel on abandonne tout, une compétence qu'il ne peut avoir? — Et le ré-

sultat de tout ceci, c'est que ce ne sont pas seulement les malades, mais même les médecins qui sont ainsi à la merc de leur personnel. Cette subordination du service médical au personnel de surveillance qui s'établit pour ainsi dire obligatoirement, par la force des choses, se fait sentir jusque dans les moindres détails et acquiert ainsi une importance qu'on ne saurait supposer.

On peut juger de l'effet déplorable que cela produit sur l'esprit des aliénés : les plus inconscients ne tardent pas à s'apercevoir que l'autorité des surveillants est bien plus respectable que celle du médecin. Ceux-là distribuent les faveurs et les punitions, d'un mot peuvent décider de leur sort. Le médecin, lui, est maintenu dans une complète ignorance de tous les abus; la crainte de représailles inévitables établit dans les quartiers une vaste complicité de tous contre cette autorité qui pourrait devenir une gêne et qui est ainsi réduite à l'impuissance la plus complète.

* * *

Division

Ce renoncement à toute thérapeutique de la part des médecins, cet abandon au personnel de tout ce qui fait l'utilité de leur présence dans les asiles est la meilleure objection que l'on puisse opposer à la phrase fameuse de Falret : « Dans un asile d'aliénés, j'ai beau chercher les fonctions d'un directeur et d'un médecin, je ne vois partout que celles du médecin ». Cette division des fonctions médicale et administrative a été la source de bien des débats encore tout récemment. Il faut avouer que si, théoriquement, Falret a émis un axiome qui paraît indiscutable, pratiquement, à

l'heure actuelle, les faits eux-mêmes lui donnent le démenti le plus éclatant, puisque le rôle du médecin dans beaucoup d'asiles est presque complètement annihilé.

Cette situation est d'autant plus déplorable qu'il y aurait beaucoup à faire pour les aliénés et que la thérapeutique nous offre chaque jour de nouvelles ressources toujours plus nombreuses et plus variées pour la guérison de la folie.

Car la folie n'est pas incurable : c'est là une erreur contre laquelle il importe de réagir.

« Cette incurabilité, dit Garnier, a été si longtemps considérée comme la règle qu'aujourd'hui encore on a souvent à constater et à déplorer la survivance de cette opinion dans le public, resté malgré tout très sceptique à l'endroit de l'efficacité de n'importe quel traitement dirigé contre l'aliénation mentale. Le duc de La Rochefoucauld-Liancourt écrivait en 1789, après une visite qu'il venait de faire à Bicêtre : « La folie est considérée ici comme incurable ; les fous ne reçoivent aucun traitement ». Si de nos jours, des paroles d'une telle désespérance ne sauraient plus être prononcées, c'est qu'on a fini par se rendre compte que la folie est une maladie qui ne s'affranchit point des lois de l'évolution morbide générale et offre comme les autres affections d'autant plus de chances de guérison qu'elle est traitée plus hâtivement ».

Tous les aliénistes en effet s'accordent à reconnaître la curabilité de la folie. On a même cité des chiffres : en 1853, la proportion des guérisons était de 30 °/₀, en 1891 le professeur Pierret au Congrès de Lyon indiquait le chiffre de 20 °/₀. C'est là une proportion assez considérable déjà pour qu'on y fasse attention. Cependant dans la plupart des asiles cette proportion de guérison pourrait peut-être devenir encore plus élevée, car aujourd'hui comme en 1789 les fous

ne sont soumis à aucun traitement et les guérisons doivent-être attribuées au seul internement.

Il y a tout lieu de penser que si les fous, qui guérissent ainsi tout seuls, avec tant de bonne volonté, étaient un peu soignés, nos asiles seraient peut-être moins peuplés d'incurables. Mais il faudrait un peu les aider à guérir.

Les moyens thérapeutiques ne manquent pas. Nous allons essayer d'en donner une idée, très approximative d'ailleurs, car leur étude complète suffirait à remplir plusieurs volumes. Nous passerons en revue successivement :

1°) *L'isolement* sous ses 2 formes, *internement* et *isolement cellulaire.*

2°) *Les agents chimiques.*

3°) *L'hydrothérapie* et *la mécanothérapie.*

4°) *Le travail.*

5°) *L'alitement* ou *clinothérapie.*

6°) *L'électrothérapie*, *la radiothérapie* et *la photothérapie.*

7°) *La thérapeutique chirurgicale.*

8°) *La psychothérapie.*

A propos de chacun de ces procédés, nous indiquerons en quoi leur emploi dans les asiles est louable, insuffisant ou abusif.

Nous insisterons plus particulièrement sur celles de ces méthodes qui sont absolument négligées et dont l'emploi serait pourtant d'une application facile, comme l'alitement. Egalement, nous avons cru bon de signaler la plupart des médications et des méthodes nouvelles, même celles qui n'ont encore fourni que des résultats incertains et qui sont encore à l'étude. Il nous a semblé en effet que nul n'était plus qualifié pour en faire usage et les expérimenter que le méde-

cin d'asile, qui cependant les néglige, quand il ne les ignore pas.

Après quoi, lorsque nous aurons mis en lumière l'abîme qui sépare la thérapeutique en cours de celle que l'on pourrait et devrait employer, nous envisagerons :

1°) *Les causes* ;

2°) *Les réformes*.

Enfin, avant de conclure, nous envisagerons dans un chapitre spécial les divers projets de réformes déjà présentés et nous examinerons en quoi ils pourraient servir la cause que nous défendons.

Il y a un point que l'on pourrait nous reprocher d'avoir laissé complètement de côté, c'est l'étude des *moyens de contrainte*. Nous l'avons fait volontairement. A l'heure actuelle, le système du « *Restraint* » doit être proscrit formellement, parce que ce n'est pas un moyen thérapeutique, mais au contraire la négation de toute thérapeutique. C'est l'aveu d'impuissance du médecin, c'est une sorte d'abdication.

Or, si l'on considère que le médecin n'a le droit d'abandonner tout espoir de calmer l'agitation que lorsqu'il a passé en revue la multitude des moyens qui lui sont offerts, que même alors il doit réfléchir que la camisole aggrave le plus souvent le mal au lieu de l'améliorer, on se rendra compte de l'extrême rareté des cas où le restraint peut être légitimement employé.

Il faut cependant féliciter ceux qui ont réussi à supprimer complètement les moyens de contrainte, comme MM. Magnan, Girma (*de Pau*), Levet (*de La Charité*), Deny (*de la Salpêtrière*) et Baruk (*d'Alençon*), car dans l'état actuel des choses, il est souvent impossible de ne pas y recourir, notamment daus les cas chirurgicaux. Mais il faut signaler

par contre que dans beaucoup d'asiles il en est encore fait abus par le personnel, et à ce sujet il faut s'élever contre la tolérance de certains médecins qui prétendent qu'il faut « laisser une certaine latitude au personnel pour les cas urgents ». Ce n'est pas seulement « en principe », mais « toujours » que le contrôle le plus sévère doit être exercé par le médecin ou par ses internes sur l'emploi du restraint. Laisser de la latitude au personnel, c'est ouvrir la porte à tous les abus.

Nous n'avons pas voulu davantage consacrer un chapitre à l'étude du *No-Restraint* et de *l'Open-door* ; tout au plus, ces systèmes ont-ils une valeur thérapeutique, en ce qu'ils indiquent la suppression d'une méthode nuisible qui ne peut qu'entraver la guérison. En réalité, ce ne sont point des procédés thérapeutiques, mais des procédés d'assistance qui n'ont pas de place dans cette étude.

DEUXIÈME PARTIE

LES DIVERSES MÉTHODES DE TRAITEMENT

CHAPITRE PREMIER

L'Isolement

Le mot « *Isolement* » a été employé en Psychiâtrie en deux sens si différents qu'il convient de les bien préciser avant d'aborder cette étude.

Esquirol a voulu exprimer par ce terme le fait de soustraire l'aliéné à son milieu habituel et aux influences pernicieuses qui peuvent agir sur son esprit. Pour lui, isolement est synonyme d'*internement*. — Aujourd'hui l'isolement, c'est la séquestration du malade dans une chambre spéciale ou dans une cellule.

Comme on le voit, le sens actuel du mot isolement n'est en somme que l'extension du sens ancien, mais cela suffit pour en faire, au point de vue thérapeutique, deux moyens de traitement dont les effets sont presque opposés, l'un étant presque toujours excellent, et l'autre pouvant être souvent plus nuisible qu'utile suivant l'usage que l'on en fait.

A. — *L'Isolement d'après Esquirol* ou *Internement*.

On pourrait presque dire que c'est par hasard que l'on a découvert ce moyen thérapeutique en aliénation mentale. On peut en tous les cas affirmer qu'il était employé depuis

longtemps dans un tout autre but, quand on découvrit qu'il avait une influence favorable sur l'évolution des psychoses.

Après avoir isolé les fous pendant tant de siècles uniquement par mesure de police et pour les empêcher de nuire, alors qu'ils étaient assimilés aux bêtes féroces, on s'aperçut qu'il suffisait parfois de cet isolement pour les ramener à la raison. Il devint dès lors un remède, on pourrait presque dire le seul remède employé méthodiquement, systématiquement, pour la guérison des aliénés.

L'isolement ne donnait lieu en effet à aucun changement dans l'organisation des asiles, puisqu'il était appliqué partout. Ainsi les anciens geôliers des « prisons de fous » faisaient de la médecine sans le savoir, comme Monsieur Jourdain faisait de la prose !

Il est admis par tout le monde aujourd'hui que l'isolement est un puissant agent de guérison. Il a été défini par Esquirol en ces termes : « L'isolement consiste à soustraire le malade à toutes ses habitudes en l'éloignant des lieux qu'il habite, en le séparant de sa famille, de ses amis, de ses serviteurs, en l'entourant d'étrangers, en changeant toute sa manière de vivre. »

Il est aisé d'expliquer comment le seul changement de milieu, d'entourage et de vie peut avoir une influence excellente sur l'esprit de l'aliéné. Il ne faut pas oublier que la plupart du temps ses idées délirantes, ses interprétations, ses illusions trouvent dans le milieu où il vit leur cause et tous les éléments de leur développement. C'est sa famille, ce sont ses voisins qui le persécutent et dont la vue suffit à réveiller sa fureur ; c'est un simple objet quelquefois qui lui rappelle qu'il est coupable de crimes odieux et qui le jette de nouveau à ses lamentations et à ses remords ; ce sont enfin les habitudes incoercibles contre les-

quelles sa volonté défaillante de dégénéré ne peut plus réagir et qui l'entraînent chaque jour au cabaret et chez des filles, où il trouvera, avec les ivresses funestes de la débauche, celles quelquefois plus funestes encore de la morphine, de l'éther et de l'opium.

Il est inutile de multiplier davantage les exemples pour prouver que l'isolement peut être le remède nécessaire et suffisant de quelques cas d'aliénation mentale. Le meilleur, celui qui peut dispenser des autres, c'est de voir qu'il y a des aliénés dans nos asiles, auxquels on n'a jamais appliqué d'autre traitement, et qui guérissent.

Il ne faudrait pourtant pas croire qu'il suffit d'interner les fous pour les guérir. La plupart des psychoses réclament d'autres soins, et l'on n'est que trop porté à l'oublier.

C'est pourquoi, si la question de l'utilité thérapeutique de l'isolement n'est pas controversée, il en est une qui a donné lieu à de nombreuses discussions : c'est celle qui envisage l'opportunité de l'internement des aliénés à l'asile.

On s'est demandé si la nécessité reconnue du changement de milieu pour le malade impliquait vraiment la nécessité de la séquestration à l'asile, et nous devons reconnaître que la question est très délicate à résoudre.

Il faut d'abord écarter tous les cas où le malade présente des réactions dangereuses et résiste à toute tentative de traitement au dehors, car il est évident que l'asile devient alors nécessaire, non plus seulement comme moyen thérapeutique, mais pour assurer la sécurité publique, comme moyen de police.

Quelques auteurs ont prétendu que tous les aliénés étaient dangereux ou susceptibles de le devenir et par cela même justiciables de l'asile. C'est un véritable sophisme, et dans la plupart des cas la distinction peut se faire.

Dès 1864, cette question a fait l'objet d'une discussion à la Société médico-psychologique. Falret insistait sur la difficulté de distinguer les aliénés dangereux et les aliénés inoffensifs : « Si l'on se montrait généralement rigoureux pour ne recevoir dans les asiles que les aliénés considérés comme dangereux, il deviendrait pourtant facile de faire admettre sous ce titre un grand nombre d'aliénés dits inoffensifs, en démontrant combien, à un moment donné, ils peuvent devenir dangereux ou du moins troubler l'ordre et la tranquillité publique ».

Morel, lui, protestait déjà contre les abus de l'internement : « Non seulement nous sommes débordés par les aliénés, mais encore par des catégories d'infirmes qui pourraient être soignés dans les hôpitaux ou hospices ordinaires. Sous prétexte de danger pour la sécurité publique, on nous a envoyé dernièrement une petite fille de deux ans. »

Il est certain que l'on voit interner journellement des malades atteints de démence sénile ou organique, d'idiotie ou d'imbécillité, qui n'ont jamais présenté de réactions dangereuses. Nous avons même vu interner des épileptiques non aliénés.

Il est vrai que, de nos jours, on est tout disposé à violer la loi sous prétexte que l'internement doit être précoce pour être utile, et que l'asile seul permet de traiter les aliénés comme il convient. Parchappe avait déjà soutenu cette thèse en 1864 : « Pour les aliénés curables, les médecins aliénistes n'ont admis la possibilité d'un traitement curatif efficace de la folie, pour l'immense majorité des cas, que dans les asiles spéciaux. » Et Falret ajoutait : « Tous les spécialistes poussent les familles au placement le plus rapide possible des aliénés curables dans les asiles, seul endroit où ils puissent trouver réunis tous les moyens nécessaires à leur guérison. »

Mais tout au contraire. Morel estimait alors que « la tendance à isoler les aliénés est trop absolue et que dans beaucoup de circonstances, il serait possible de soigner les malades chez eux. »

Et Brierre de Boismont disait : « Il ne faut pas croire que l'isolement soit toujours commandé. Lorsque le délire est léger, lorsque l'aliéné remplit ses devoirs et que l'idée fixe ne peut avoir d'inconvénients, il serait sans utilité et peut-être même nuisible de recourir à la séquestration » .

Si nous pouvions à l'heure actuelle affirmer en conscience que l'asile réunit en effet les meilleurs moyens de guérison de l'aliénation mentale, l'hésitation ne serait pas permise entre ces deux opinions.

Malheureusement nous sommes obligé de constater qu'on s'occupe fort peu de guérir dans la plupart des asiles publics. Le médecin laisse placidement l'isolement produire son effet chez ses malades et leur guérison est généralement pour lui une véritable surprise.

Il nous faut donc admettre provisoirement avec Morel que les aliénés peuvent retirer souvent plus de profit des soins qu'ils reçoivent dans leur famille, et que par suite l'internement dans les asiles publics doit être autant que possible retardé.

Toulouse a émis sur ce point des idées hardies mais catégoriques :

« Doit-on interner les aliénés parce qu'ils sont aliénés ? La doctrine actuelle est que l'internement protège le malade et la société. Or l'isolement n'est pas toujours utile au malade, et, quand il l'est, il peut être réalisé ailleurs que dans un asile. Un aliéné riche est souvent isolé et traité dans sa propre famille. Et si l'on veut empêcher qu'un aliéné nuise à autrui, il faut attendre qu'il ait commis des actes délictueux ou des menaces, par exemple. »

Si l'on fait passer l'intérêt du malade avant celui de la société cette opinion reste entièrement exacte. Une famille riche trouvera ou chez elle ou dans un établissement privé bien plus de ressources que dans un asile public pour la guérison d'un aliéné.

L'internement ne devient donc une mesure réellement nécessaire que si l'aliéné n'a plus de parents ou bien si ses parents sont hors d'état de le surveiller et de subvenir à ses besoins.

Nous ajouterons même qu'après avoir fait un stage de deux ans dans des asiles publics d'aliénés de province, nous nous estimerions coupables d'y faire interner un de nos parents avant d'avoir tenté tous les autres moyens de guérison qu'il serait en notre pouvoir de lui procurer.

On peut donc conclure qu'aujourd'hui en France, l'asile public d'aliénés n'est qu'un pis aller, un moyen d'assistance qui doit être réservé aux indigents ou à ceux dont la famille est trop peu fortunée pour subvenir aux frais souvent considérables d'un traitement à domicile ou dans une maison de santé privée.

Mais si l'asile devient ce qu'il doit être, c'est-à-dire un hôpital de traitement et un lieu de guérison, si les aliénés y sont entourés quotidiennement de soins éclairés et attentifs, si l'on y trouve toutes les ressources de la thérapeutique spéciale qu'il serait très difficile ou trop coûteux d'obtenir au dehors, alors l'internement deviendra aussi la première indication à suivre dans le traitement des maladies mentales. Et cela n'est pas vrai seulement pour les aliénés dangereux, mais pour tous, riches et pauvres, curables et incurables. Car de quel droit oserait-on abandonner ceux pour lesquels on a cru pouvoir pronostiquer l'incurabilité ? Sans

compter que l'on a pu se tromper, que le pronostic peut être entaché d'erreur, auquel cas il est coupable de négliger un traitement qui pourrait guérir et de condamner un malade à l'incurabilité faute de soins, il faut encore considérer que même dans les cas où l'on ne doit plus espérer de guérison, un traitement convenable peut produire des améliorations notables et de longues périodes de rémission, pendant lesquelles le malade pourra quelquefois sortir de l'asile.

Mais c'est dans ces conditions seulement que l'isolement à l'asile devient le meilleur moyen de guérison de l'aliénation mentale et que l'on doit y recourir le plus tôt possible avant que la maladie ait progressé de façon irrémédiable.

A l'heure actuelle, hélas ! nous sommes encore bien loin de cet idéal !

B. — *L'Isolement absolu* ou *Isolement cellulaire*.

Le seul nom d' « isolement cellulaire » indique suffisamment que c'est là à proprement parler un moyen de contrainte et de police bien plus qu'un moyen thérapeutique. Et en effet, de nos jours, on a tendance à supprimer complètement la cellule.

Il faut pourtant reconnaître qu'il y a des cas où l'isolement complet, optique et acoustique, prend les proportions d'un véritable remède. C'est à ce titre que l'isolement absolu trouve sa place dans cette étude.

Il y a des malades qui alimentent leur délire de toutes les impressions qui leur viennent du dehors, que le moindre geste ou la moindre parole irrite, soit parce qu'ils sont la source d'illusions ou d'interprétations fausses, soit à cause

d'une susceptibilité nerveuse spéciale. Les infirmiers ou les malades qui les entourent sont des gens qu'ils reconnaissent, dont les moindres actes sont des signes cabalistiques tous coordonnés vers le même but criminel, et à la vue de ces persécuteurs ils s'agitent et peuvent être sujets à de violentes réactions de défense.

Neisser, un des partisans les plus convaincus du non-restraint, l'a fort bien indiqué au congrès de 1900 : « Ces malades, qui se préoccupent extraordinairement des impressions du dehors, peuvent être soumis avantageusement à l'isolement. Dans ce cas, en opposition avec beaucoup d'états d'excitation d'une autre nature, l'isolement constitue un procédé rationnel de traitement. »

C'est là la seule indication formelle de l'isolement absolu. — Le système d'isolement partiel optique de Rieger qui se fait dans un dortoir à l'aide de paravents a de multiples inconvénients, dont les principaux sont de ne pas isoler suffisamment le malade qui entend tout ce qui se passe dans la salle et de nécessiter l'alitement. On utilise alors la chambre d'isolement. Ce n'est plus la cellule obscure ou le cabanon avec ses verrous énormes et ses petites fenêtres grillées, mais une chambre ordinaire qui, suivant l'expression de Hebold, a toutes les qualités d'une chambre à coucher, bien aérée et suffisamment spacieuse, et dont la porte n'est pas fermée à clef.

Dans tous les autres cas, l'isolement absolu n'est pas un moyen thérapeutique et ne peut être employé que comme un moyen de contrainte. Il y a même des cas où il est tout à fait contre-indiqué : nous voulons parler de ces cas où l'attention du malade est fixée surtout par ce que Neisser appelle des « *sortes d'excitations morbides endogènes ou d'autoexcitations* ». Alors l'isolement favorise le dévelop-

pement du délire, aucune influence extérieure ne vient plus distraire le malade de ses préoccupations, de ses hallucinations qui deviennent de plus en plus nettes et fréquentes dans la solitude et le silence.

Car, il faut bien le dire, on se soucie fort peu dans les asiles de distinctions aussi subtiles, et l'isolement y est employé couramment et indifféremment comme un véritable remède spécifique de l'agitation. Pourtant, l'isolement dans les cas de fureur et de grande excitation n'a jamais fait que du mal aux aliénés. Parchappe l'avait observé : « L'expérience faite sur une large échelle pendant un grand nombre d'années, dit-il, a démontré que le séjour permanent dans une cellule, loin d'être efficace pour amener l'apaisement de l'agitation chez les aliénés, a au contraire pour effet d'augmenter et d'entretenir l'agitation ».

L'isolement a en effet dans ce cas tous les inconvénients qu'on a reconnus aux moyens de contrainte mécanique. Il suffit d'enfermer un aliéné pour qu'il cherche à tout prix à reprendre sa liberté et sa fureur ne fait que s'accroître avec la constatation de son impuissance. « Ce n'est pas un traitement thérapeutique, disait Neisser au congrès de 1900 c'est la renonciation à ce procédé, à laquelle on est forcé faute de mieux ».

Dès lors, ce ne doit être qu'en dernier ressort et après avoir en vain essayé tous les autres moyens thérapeutiques tels que l'alitement, l'hydrothérapie, les calmants de toutes sortes que l'on sera autorisé à recourir à l'isolement cellulaire. Car si de pareils cas d'excitation incoercible se présentent parfois, ce n'est pas dans une chambre d'isolement qu'il faudra placer le malade, mais bien dans une cellule. Aussi ne pouvons-nous admettre avec Scholz et Wattenberg la suppression totale des cellules.

Mais par ce fait même que la cellule est une mesure exceptionnelle, dont on ne doit user qu'à la dernière extrémité, il n'est pas possible d'admettre davantage l'existence de ces vastes quartiers cellulaires que l'on trouve dans la plupart des asiles et qui ont été condamnés par le Congrès de 1900. Il est bon de rappeler ici la façon énergique dont Toulouse a stigmatisé ces « véritables ménageries de fauves humains, qui s'excitent mutuellement et que l'on rend méchants et dangereux avec la cellule, comme on transforme, en l'attachant dans sa niche, un chien inoffensif en un gardien sauvage ».

Ajoutons à cela que l'existence seule des quartiers cellulaires est la cause de nombreux abus. Le personnel, tenté de considérer l'isolement en cellule comme faisant partie du raitement des aliénés, l'emploie d'autorité, sans aucun contrôle et avant tout autre remède, comme le moyen le plus commode, qui le dispense de toute peine et de toute surveillance. Les cellules font l'office d'oubliettes. Cela est si vrai que nous avons vu plusieurs cas de mort en cellule dont on ne s'est aperçu qu'assez longtemps après : dans un cas, en particulier, le cadavre était déjà froid quand nous fûmes appelé par le gardien qui venait de le découvrir.

Il nous paraît donc urgent de supprimer complètement les quartiers cellulaires dans les asiles et de ne laisser subsister que quelques cellules disséminées dans les divers quartiers et sur l'emploi desquelles les médecins devront exercer la surveillance la plus active, le contrôle le plus sévère.

Surtout, la cellule ne doit plus ressembler à ces cachots étroits et cimentés, humides et froids, où la lumière tombe comme à regret par une espèce de soupirail grillagé et où tout rappelle la prison et non l'asile. Car, dans ce cas, il

vaudrait mille fois mieux voir un homme camisolé et alité dans une salle chauffée que de voir, comme nous l'avons vu, mourir des malheureux qu'on avait exposés, tout nus sur la paille, dans des cellules cimentées et non chauffées, à un froid de 4 degrés en plein mois de janvier.

Le directeur médecin, qui s'était rendu coupable de cet acte odieux et inhumain, malgré les avertissements de son personnel indigné, invoquait pour s'excuser que ce procédé était employé couramment pour remplacer la camisole et que ce n'était pas sa faute si le Conseil Général lui refusait les crédits nécessaires pour aménager et chauffer les cellules ; .... « d'ailleurs, ajoutait-il, les aliénés ne sont pas incommodés par le froid, au contraire ! » — Une enquête eut lieu cependant, et le directeur fut blâmé par le ministre ; mais quel fut le résultat pratique immédiat de cette demi-mesure ? Quinze jours après, le même directeur recommençait les mêmes abus et, après avoir obtenu le déplacement de son médecin-adjoint, mettait à la porte tous les employés qui avaient témoigné contre lui devant l'inspecteur général enquêteur.

Nous livrons ces faits à l'appréciation du monde médical. Ils sont suffisamment éloquents pour se passer de commentaires.

Cependant, nous ne saurions laisser passer de pareilles monstruosités sans prostester énergiquement, et nous sommes assuré d'avoir avec nous l'opinion de tous les médecins aliénistes en disant bien haut que de tels exemples sont exceptionnels, mais devraient être réprimés avec la dernière rigueur. La tolérance devient alors une véritable faiblesse et ne peut que justifier la crainte que le public garde encore de l'asile « bagne des fous ».

Si l'on admet la suppression des moyens de contrainte comme un principe absolu, c'est à la condition non moins absolue que l'on ait à sa disposition des cellules matelassées et chauffées, où l'aliéné ne risque pas de devenir malade physiquement, car il n'existe pas de principe qui ne doive céder le pas devant l'intérêt même des malades.

Nous nous sommes arrêté un peu longuement sur l'application de l'isolement cellulaire, bien que ce ne soit pas là à proprement parler un moyen thérapeutique. Nous avons pensé que son emploi trop fréquent et souvent abusif dans les asiles publics, où l'on s'illusionne sur son véritable rôle, justifiait ce que d'aucuns pourraient appeler une digression.

Pour terminer cette étude de l'isolement, nous exprimerons le vœu de voir restreindre dorénavant la chambre d'isolement aux seuls cas où elle est réellement un moyen de guérison. Quant à l'isolement cellulaire, c'est un moyen de contrainte qui doit être réservé pour des cas exceptionnels, strictement indiqués par l'autorité médicale, et sous la condition expresse que les cellules soient aménagées de telle sorte que les agités puissent y être soumis à une surveillance continue et ne risquent pas d'y contracter des maladies intercurrentes.

CHAPITRE II

Les agents chimiques

L'arsenal pharmaceutique de nos asiles d'aliénés est considérable.

Tous les médicaments préconisés dans les maladies mentales, et ils sont légion, figurent dans les pharmacies. Purgatifs, calmants et hypnotiques, toniques, stimulants et médicaments spéciaux y occupent une place imposante, non seulement par la quantité, mais aussi par la variété des divers produits. Nous n'avons nullement l'intention de les passer ici tous en revue, d'en énumérer les qualités et les indications, les contre-indications et les dangers. Cette étude, qui nous entraînerait trop loin, a été déjà très approfondie par nombre d'auteurs, parmi lesquels Garnier et Cololian, Arnozan et Trénel.

Nous nous bornerons à dire qu'à part de très rares exceptions, nos médecins d'asile ont sous la main tout l'arsenal pharmaceutique dont ils peuvent avoir besoin. Quand d'ailleurs la pharmacie de l'asile manque de quelque produit, il leur est le plus souvent facile de se le procurer à l'extérieur, et nous savons que le crédit inscrit à ce chapitre spécial du budget des asiles est toujours très largement suffisant.

Certains auteurs ont critiqué cette abondance de médicaments et se sont élevés contre les dépenses exagérées et inutiles que l'on fait dans les asiles pour la pharmacie. Ils ont fait remarquer que la plupart du temps les produits achetés s'accumulent dans les placards sans avoir été employés

ou s'altèrent après avoir servi à un ou deux essais infructueux. Ils ont même prétendu qu'il suffirait d'un nombre très limité de remèdes bien choisis pour répondre à tous les besoins.

Il nous est impossible de nous ranger à cette opinion. Tout d'abord, les raisons d'économie ne peuvent avoir aucun poids dans la discussion, puisqu'en principe l'intérêt des malades doit passer avant celui de l'administration. Nous sommes donc tout à fait d'accord avec ceux qui pensent qu'il n'y a pas d'économies à faire sur les crédits de la pharmacie.

En second lieu, il est nécessaire que le médecin d'asile ait à sa disposition tout ce dont il peut avoir besoin. Il est préférable qu'il ne soit pas obligé d'attendre quelquefois trop longtemps l'envoi d'un médicament qu'il faudrait employer d'urgence.

Loin de nous la pensée de prétendre qu'il faille gorger les aliénés de drogues. Sans compter que dans bien des cas elles sont tout à fait inutiles, dans beaucoup d'autres elles sont même nuisibles, soit parce qu'elles affaiblissent un organisme déjà débilité, soit parce qu'elles exercent une influence nocive directe sur le système nerveux. Ce n'est pas une idée nouvelle de dire que l'emploi abusif des hypnotiques est aussi répréhensible que celui de la camisole de force. C'est substituer ce que l'on a appelé la « camisole chimique » ou le « restraint chimique » au restraint mécanique, c'est-à-dire tomber dans un défaut plus grave encore.

Mais le fait d'avoir une pharmacie bien approvisionnée n'implique pas la nécessité d'en abuser, et il est de toute utilité que la pharmacie soit amplement fournie de tout et en particulier de médicaments calmants et hypnotiques.

Sans parler des contre indications qui peuvent empêcher

d'employer certains produits, comme par exemple les cardiopathies, c'est un fait universellement admis aujourd'hui qu'il faut souvent changer les formules employées pour lutter efficacement contre l agitation et l'insomnie. Quel que soit l'hypnotique employé, le plus souvent l'accoutumance qui se produit nous obligerait à augmenter la dose jusqu'à approcher de celle qui peut devenir nuisible sinon toxique ; il est évidemment préférable de changer d'hypnotique et, si notre malade s'accoutume par exemple à la morphine, d'employer du chloral, du sulfonal ou de l'hyoscine. — Enfin il est nécessaire là plus qu'ailleurs peut-être de tenir compte des dispositions individuelles, certains malades présentant une sensibilité spéciale à l'influence de quelques médicaments. C'est bien souvent qu'il faut renoncer à un hypnotique en présence d'une de ces idiosyncrasies imprévues, et ce n'est quelquefois qu'après avoir essayé en vain toute une série de calmants que l'on arrive à celui dont l'action est efficace sans être nuisible.

Il ne faut donc pas se plaindre de la richesse des pharmacies des asiles. C'est le cas de dire que l'abondance de biens ne nuit jamais.

Nous ne saurions critiquer non plus l'emploi des remèdes nouveaux, tels que l'*Hédonal*, le *Médinal*, l'*Isopral*, le *Bromural*, et le *Proponal*, dont l'efficacité est encore à démontrer. L'asile n'est-il pas, comme l'hôpital, le milieu le plus propice aux recherches scientifiques, où l'on pourra le mieux expérimenter et observer l'action curative d'un remède ? — Loin de critiquer ces essais qui prouvent la vitalité scientifique de nos asiles, nous en sommes à regretter plutôt leur trop petit nombre.

Il y a des méthodes, évidemment très discutées, mais qui ont fourni à quelques auteurs des résultats excellents, et

qui par suite réclament d'autres expériences plus concluantes.

Nous voulons parler plus particulièrement ici des essais de traitement de l'*épilepsie*, de la *paralysie générale* et aussi des essais de l'*opothérapie dans les maladies mentales*.

En attendant que l'on possède des établissements spéciaux pour les épileptiques, ces malheureux sont internés dans nos asiles, alors même qu'ils ne sont pas aliénés, et abandonnés le plus souvent comme les autres. Pourtant, sans compter tous les autres moyens thérapeutiques, très nombreux, que l'on a préconisés contre l'épilepsie, le traitement pharmaceutique nous offre de nombreuses ressources.

Il y a d'abord un médicament qui a été considéré comme un remède spécifique de l'épilepsie, c'est le bromure de potassium. Si son action est inconstante et si sa réputation a été surfaite, il faut pourtant reconnaître qu'il y a nombre de cas qu'il a améliorés et guéris.

Gilles de la Tourette vante les bons effets des doses suffisantes de bromure, administrées suivant *la méthode progressivement croissante et décroissante*, sans déchloruration et longtemps continuée. Goyder et Mac Callum ont signalé d'excellents résultats obtenus par cette méthode. — Ch. Richet et Toulouse préconisent *la méthode de déchloruration* que Forel et Foster Barham estiment tout à fait nécessaire. Courmont et Crémieu en ont démontré les dangers tout récemment : une déchloruration trop absolue pourrait, d'après ces auteurs, produire de la confusion mentale hallucinatoire aiguë.

Le professeur Dieulafoy préconise la méthode de Trousseau, c'est-à-dire l'association du bromure de potassium et de la belladone. Renato Rebizzi administre le bromure de

potassium en injections hypodermiques associé au sulfate de soude et à l'acide phénique. Robinson préfère le bromure de strontium qui n'abîme pas l'estomac et n'irrite pas les reins. Bioglio vante les bons effets des sels de calcium et améliore l'épilepsie grave en injectant du chlorure de calcium.

Le borax a été recommandé par Gowers, l'opium par Flechsig; mais ces méthodes ont en réalité plus d'inconvénients que d'avantages.

Enfin l'opothérapie joue aussi son rôle dans le traitement de l'épilepsie : Trevisanello a obtenu de bons effets de l'injection de *neuroprine* et Ottone des injections de *céphalopine*, cette dernière étant constituée par de la substance cérébrale en suspension dans de l'huile d'olive.

Nous n'avons pas la prétention de citer ici tous les médicaments préconisés contre l'épilepsie. Cette simple énumération, quoique très incomplète suffit à montrer en tous cas qu'il y a assez de méthodes à la disposition des médecins d'asile pour justifier le reproche qu'on pourrait leur faire de ne rien tenter contre cette terrible maladie.

Les paralytiques généraux sont de même complètement abandonnés à leur triste sort.

Pourtant, tout récemment, on a tenté plusieurs méthodes thérapeutiques contre la paralysie générale. Le *traitement antisyphilitique* en particulier a donné quelques bons résultats. — Bien que les observations soient encore peu nombreuses, il convient de les mentionner ici ; d'abord parce que n'y eût-il qu'un tout petit espoir d'améliorer cette maladie, il faudrait le tenter ; mais surtout parce que ce traitement a été reconnu comme efficace contre une autre maladie qui s'associe très souvent à la paralysie générale, et que l'on ren contre trop fréquemment dans les asiles pour que

nous le passions sous silence, nous voulons parler du tabes. Cette question de la valeur du traitement antisyphilitique dans le tabes et la paralysie générale d'origine vénérienne a fait l'objet de nombreuses communications. Williams a émis l'opinion que le traitement mercuriel seul peut être efficace contre une méningite spécifique enserrant les racines spinales. Il a démontré que les troubles moteurs du tabes peuvent être améliorés ou guéris, la progression des troubles sensitifs arrêtés, et que les échecs tiennent à ce que le mercure est mal administré, à ce qu'on veut en obtenir plus qu'il ne peut donner et à ce qu'on l'emploie trop tard. — Faure (de La Malou) expose que si le mercure n'est pas toute la thérapeutique du tabes, il y a néanmoins sa place. Il conclut qu'il est utile quand le tabes est en progression et quand apparaissent des troubles nouveaux, inutile quand les symptômes sont fixes, et nuisible quand on est en présence d'une infection ou d'une intoxication concomitante.

Hallopeau a obtenu de beaux succès par l'emploi de frictions mercurielles associées à des injections d'atoxyl dans des cas de tabes remontant déjà à 12 ans. Par contre Marie a dénoncé l'inefficacité de l'atoxyl dans la paralysie générale syphilitique. Walker a employé l'iodure de potassium aux doses fantastiques de 500 grammes et plus par jour. Cette dernière méthode n'est peut-être pas exempte de danger.

Enfin cette question a fait l'objet d'une discussion en 1907 à la New-York Neurological Société. Jacoby a dénié toute valeur au traitement antisyphilitique dans le tabes et la paralysie générale. Si l'on a vu, dit-il, des tabes s'améliorer et ne plus progresser, c'est qu'ils devaient s'arrêter spontanément. Quant aux succès obtenus dans la paralysie générale

par quelques auteurs français, ce ne sont pour lui que des erreurs de diagnostic.

Noyes prétend qu'on obtient de meilleurs résultats par une simple médication tonique, que d'autre part les doses d'iodure doivent toujours être faibles, les doses fortes aggravant la maladie. — Ramsay Hunt au contraire dit qu'il aut instituer le traitement mercuriel dans ces maladies toutes les fois que le début est assez récent. Il faut le faire avec précaution et il faut préférer le mercure à l'iodure. — Dana enfin conclut que s'il y a des signes de syphilis nerveuse, il convient de conseiller un traitement indéfini, mais modéré. Ce n'est pas là une sauvegarde, mais c'est souvent une mesure très efficace.

Par contre, Joffroy et Mignot considèrent cette médication comme dangereuse, provoquant une évolution subaiguë de la maladie. Cette influence néfaste est telle, qu'en présence de manifestations syphilitiques il ne faut l'employer que prudemment. L'atoxyl aurait les mêmes inconvénients.

Quoi qu'il en soit, il y a lieu de regretter que l'essai du traitement antisyphilitique ne soit pas fait dans nos asiles dans les nombreux cas de tabes et de paralysie générale qui sont compliqués d'accidents manifestement spécifiques.

Nous avons vu maintes fois, durant notre stage dans les asiles, arriver des jeunes gens qui présentaient des lésions évidentes de syphilis, qui avouaient même parfois l'avoir contractée tout récemment et auxquels on n'ordonnait aucun traitement. Il nous souvient encore d'un jeune homme de 27 ans qui fut pris, au cours de la troisième année de sa syphilis, de signes caractéristiques de paralysie générale après un ictus apoplectiforme. Du jour où il fut à l'asile, ce malade, qui chez lui suivait au moins un traitement antisyphilitique, se vit complètement abandonné sans aucun

traitement. On peut penser que le séjour à l'asile lui fut plus néfaste qu'utile.

Dans un autre cas, un jeune homme de 25 ans arrive de l'hôpital, avec les symptômes d'une paralysie générale au début ; il présente en outre une paralysie de la troisième paire du côté gauche ; le malade avoue avoir eu la syphilis cinq ans auparavant, et le rapport est évident entre ses troubles oculaires, ses troubles mentaux et sa maladie vénérienne. Le traitement spécifique est encore négligé.

Quant aux cas de tabes, bien souvent on les ignore, l'examen trop superficiel des malades à leur entrée ne permettant pas de les déceler. Mais quand on les a découverts, on les abandonne eux aussi sans traitement.

Il semble pourtant que, dans de pareils cas, il est urgent d'instituer un traitement antisyphilitique énergique, et que cette méthode, si incertaine soit-elle, doit être plus souvent employée, parce qu'elle offre au médecin l'unique chance d'améliorer et quelquefois de guérir ses malades.

Parlons enfin de l'*opothérapie* dans les maladies mentales et nerveuses.

L'opothérapie est encore une méthode presque inconnue dans les asiles. Ce ne sont pourtant pas les occasions qui manquent pour l'employer.

Tous les sucs organiques ont été à peu près expérimentés, mais surtout l'extrait thyroïdien, l'extrait ovarien, l'extrait surrénal et l'extrait cérébral.

L'opothérapie thyroïdienne donne des résultats excellents dans les états dystrophiques avec insuffisance thyroïdienne, tels que le myxœdème. Elle a également été employée avec succès dans les états mélancoliques, les psychoses puerpérales, la démence précoce stupide et la paralysie générale. Enfin elle a donné aussi de bons résultats dans le traitement

des tremblements, tremblement sénile et tremblement des Parkinsoniens (Berkeley).

L'opothérapie ovarienne est indiquée dans tous les troubles psychiques de la femme, liés à l'une des étapes de la vie génitale ou à une maladie de l'appareil génito-urinaire. Régis la recommande beaucoup dans ce cas.

L'opothérapie cérébrale ou médullaire n'a pas encore donné beaucoup de résultats : nous avons vu que Trevisanello et Ottone ont traité l'épilepsie par la *Neuroprine* et la *Céphalopine*. La neuroprine a donné aussi de bons résultats à Maragliano dans la neurasthénie et l'hystéro-neurasthénie grave.

Dawson et Schneider ont essayé l'efficacité du suc surrénal dans les états d'excitation maniaque.

Enfin tout récemment, Arnozan et Mabille ont tenté des associations d'extraits organiques et de médicaments tels que l'arsenic. Mais ce procédé est encore à l'essai.

Devant de tels faits, on peut regretter que l'opothérapie soit si délaissée dans les asiles. Citons à ce propos l'opinion de Régis : « Je crois, dit-il, que l'opothérapie devrait être plus couramment et plus méthodiquement utilisée en psychiâtrie. »

C'est d'ailleurs la seule conclusion que nous voulons dégager de tout ce chapitre : s'il y a un seul reproche à faire à nos médecins d'asile, c'est à cause de l'emploi insuffisant qu'ils font de toutes les ressources qu'ils ont sous la main. Mais peut-on en conscience demander de faire de la médecine à un malheureux qui a 600 malades à voir chaque matin ?

Quel est le résultat que l'on obtient ? — Les agités seuls bénéficient d'un traitement, parce qu'ils gênent les autres et qu'ils sont l'objet de réclamations. Et encore de quel traite-

ment bénéficient-ils ? Marandon de Montyel a dit quelque part : « Hélas, j'ai vécu dix-huit mois aux côtés d'un chef de service, sur le tartre stibié donné à tort et à travers, administré à toutes les sauces, dans le vin, la soupe, le bouillon, les œufs, etc, etc. Tartre stibié et vésicatoire, c'était le mot d'ordre de la maison ! » — Pendant deux ans nous avons vécu dans des asiles où on distribuait pêle-mêle les purgatifs, le chloral et le bromure. Ceci dit, toute la thérapeutique médicamenteuse de l'aliénation mentale est passée en revue, et la liste est close !

Et si encore l'emploi que l'on fait de ces remèdes était toujours irréprochable ! Mais, en admettant qu'il suffise de voir une langue un peu blanche pour purger, il est de toute nécessité de vérifier l'état du cœur des malades auxquels on donne du chloral ; or, partout nous l'avons vu ordonner à tous les agités sans prendre aucune précaution et sans les ausculter. Et le bromure, on pourrait croire qu'on le réserve plus spécialement aux épileptiques : pas du tout. Dans aucun des asiles que nous connaissons nous n'avons vu un seul épileptique soumis à un traitement bromuré méthodique. Si les attaques deviennent un peu plus fréquentes chez un malade, on lui prescrit un peu de bromure, que l'on se hâte d'ailleurs de supprimer dès que les attaques diminuent un peu de nombre et d'intensité.

On a l'air d'ignorer aussi bien la méthode de Gilles de la Tourette que celle de Richet et Toulouse. Où plus que dans les asiles sera-t-il donc nécessaire de les connaître et de les appliquer ?

Mais ce n'est pas tout. Non seulement on use de ces quelques remèdes un peu au hasard, mais il arrive également qu'on en abuse, surtout du chloral qui est le plus dangereux. Hâtons-nous de dire que ce n'est jamais le médecin

qui en est la cause directe. Nous avons signalé dans un précédent chapitre comment le personnel de surveillance savait trop souvent adoucir sa tâche par l'emploi d'une réserve cachée de potions calmantes. Ici encore la responsabilité du médecin ne peut entrer en jeu que dans la mesure où il lui est possible d'exercer une surveillance suffisante sur son personnel. Or, dans l'état actuel des choses cette surveillance est impossible.

En résumé, dans la plupart des asiles publics, la thérapeutique médicamenteuse est presque réduite à rien et pourtant ce minimum donne encore souvent lieu à des abus intolérables. Telle sera la conclusion de ce chapitre.

CHAPITRE III

L'Hydrothérapie et la mécanothérapie

L'hydrothérapie est une des plus vieilles méthodes usitées dans le traitement de l'aliénation mentale. Pour le public, les asiles sont même considérés presque exclusivement comme des établissements d'hydrothérapie où l'on use plus particulièrement de la douche froide. C'est là une grosse erreur, qui est souvent partagée par des médecins.

Nous étonnerons certainement beaucoup de gens en disant que non seulement il y a des asiles où l'hydrothérapie est très négligée, mais encore que nous en connaissons où elle n'est pas employée du tout. Hâtons-nous d'ajouter que nous avons partagé cet étonnement, d'autant plus justifié que l'hydrothérapie est souvent une méthode héroïque dans le traitement des maladies mentales.

Nous ne décrirons pas les divers procédés techniques en usage : ce sont les bains, froids ou tièdes ; les douches, douche de vapeur, douche chaude, douche écossaise, douche alternative, douche froide ; les procédés caloriques, tels que le maillot sec ou humide, l'étuve, la fumigation, les bains russes et les bains turcs.

Les indications de l'hydrothérapie ont été également étudiées d'une façon trop complète pour qu'il soit nécessaire d'y revenir ici.

Cette question a fait l'objet d'un rapport remarquable et très détaillé de Pailhas au Congrès de Rennes (1905). Nous

nous bornerons à résumer aussi complètement que possible ce rapport et la discussion à laquelle il a donné lieu. C'est, à notre avis, le meilleur moyen de donner une idée de l'état actuel de la question. Après quoi, nous verrons comment dans nos asiles l'organisation hydrothérapique répond aux desiderata formulés par nos psychiâtres les plus éminents.

La première conclusion du rapport de Pailhas est tout d'abord que « l'hydrothérapie exige comme condition essentielle de sa pratique le tact expérimenté de celui qui l'emploie ». Il y a lieu en effet de savoir choisir parmi toute la gamme des procédés hydrothérapiques, de déterminer quelle doit être la qualité thermale de l'eau, l'intensité et la durée des applications, suivant les différentes formes psychiques que l'on veut traiter.

Dans les cas d'asthénie profonde, il recommande la balnéation tiède peu prolongée, prudente et associée aux frictions stimulantes. Dans les états d'excitation, les bains prolongés de 28 à 34 degrés et encore les douches tempérées à faible pression, la douche baveuse de Vidal ou bain en pluie. Dans l'excitation délirante de l'hystérie, les applications froides, immersions de courte durée, enveloppements humides ou douches en pluie à faible pression. Dans les délires aigus avec hyperthermie, les enveloppements humides froids souvent renouvelés.

Chez certains vésaniques à constitution rhumatismale, les procédés caloriques, emmaillottements, bains russes ou turcs. Dans les états subaigus prolongés, les applications excitantes froides, chaudes ou mixtes (douches froides ou écossaises).

Dans les états chroniques, l'hydrothérapie simplement hygiénique. Enfin, dans les folies organiques ou dans la

paralysie générale, où il est dangereux de congestionner les organes lésés, il faut rester très prudent et employer le bain tiède ou les enveloppements humides chauds ; mais les eschares de décubitus sont une indication formelle de bains prolongés « même et surtout dans la démence paralytique ».

Le rapport se termine par des considérations sur l'utilité de l'hydrothérapie dans la prophylaxie des maladies mentales.

A la suite de cette communication, Christian et avec lui la plupart des aliénistes français se sont élevés contre la méthode des bains très prolongés (jusqu'à 18 mois), usitée en Allemagne et préconisée par Kraepelin.

Puis Bourneville, après avoir conseillé un large emploi des moyens hydrothérapiques, exprime le regret de les voir employés encore dans une proportion trop restreinte.

Aujourd'hui, toutes les critiques que formula Bourneville en 1905 sont applicables à bien des asiles :

« A quoi cela tient-il ? s'écriait-il, aux appareils défectueux, aux installations imparfaites comme celles que nous avons vues hier à l'asile de Lehon, comme elles le sont dans un grand nombre d'hôpitaux et d'asiles. » Sans savoir si l'asile de Lehon a depuis cette époque remédié à cet état de choses, nous connaissons d'autres asiles où l'installation hydrothérapique est des plus primitives. Qu'on se figure une grande salle blanchie à la chaux, six baignoires côte à côte, où l'eau froide arrive par le fond, mais où l'on amène l'eau chaude d'un robinet unique, qui se trouve dans le mur à environ deux ou trois mètres, à l'aide d'une gouttière en zinc. Au-dessus de la 6e baignoire un appareil pour la douche en pluie, et dans un coin de la salle une lance pour la douche en jet.

Telle est la salle d'hydrothérapie que nous avons vue dans un asile et qui sert à 580 malades ! — Il est vrai de dire que, dans cet asile, on ne donne que 580 bains mensuels, dits « de propreté » ; que la douche en pluie ne sert jamais et que la lance sert surtout pour l'arrosage d'un jardin avoisinant. Autant dire que l'hydrothérapie n'existe pas.

A côté de cela, il y a des asiles où l'installation hydrothérapique est magnifique et complète. L'asile de Sainte-Gemmes sur Loire en est un bel exemple. On y trouve tout ce qu'il faut, et même davantage, puisque dans la salle de douches des hommes, on peut lire sur un robinet de cuivre ces mots assez surprenants : douche vaginale. — Malheureusement, tous ces appareils de beau cuivre tout reluisant ne servent jamais qu'à occuper tout un personnel pour l'astiquage et à émerveiller les visiteurs ignorants et crédules.

Pourquoi ces appareils très bons, très coûteux, restent-ils inutilisés ?

L'inspecteur général Drouineau au congrès de 1905 a répondu : « Parce que les chefs de service n'ont pas sur ce point les mêmes idées que les médecins qui les ont fait acheter. » Nous ne croyons pas cependant qu'il y ait à l'heure actuelle beaucoup d'aliénistes qui nient l'efficacité et l'utilité des procédés hydrothérapiques. Cette opinion nous paraît inadmissible.

Il y a deux raisons principales qui motivent cet abandon. La première a été dénoncée par Bourneville à ce même congrès de 1905 : « Cela tient, dit-il, à ce que l'enseignement de l'hydrothérapie est à peu près nul. Les médecins ont le devoir d'étudier avec soin l'hydrothérapie, ses procédés, ses indications, d'administrer eux-mêmes le plus souvent possible les douches, de dresser leurs internes, leurs infirmiers. Trop souvent les médecins prescrivent des douches sans se

préoccuper de savoir comment elles seront données, sans fournir aucun renseignement aux doucheurs. Or, c'est là une question absolument médicale Ce qui manque à l'hydrothérapie, disait Fleury, c'est un personnel expérimenté or, ce personnel ne se formera que du jour où les administrations comprendront la nécessité d'instituer dans les hôpitaux des cours de clinique hydrothérapique, dans lesquels les élèves, internes et externes, seraient exercés au maniement des appareils sous la direction du maître. Ce jour viendra sans doute..., mais il y a de cela 40 ans, et il n'est pas encore venu ! ».

Pailhas aussi le reconnaît : « Les applications hydrothérapiques sont délicates, c'est pourquoi nous répugnons à les employer davantage ». C'est pourquoi aussi Régis s'associe à Bourneville pour réclamer l'inscription de l'hydrothérapie ainsi que de l'électrothérapie, du massage, et des autres méthodes thérapeutiques dans la partie pratique du programme du concours de l'adjuvat des asiles.

Il y a une seconde raison de cet abandon ; elle n'est pas d'ailleurs plus que la précédente spéciale à l'hydrothérapie. C'est l'impossibilité matérielle où se trouve le médecin de faire de la médecine à cause de la surcharge de travail qui lui est imposée par ses fonctions administratives et par le nombre trop élevé de ses malades ; impossibilité qui entraîne forcément bientôt la négligence ou les abus.

En effet, si le médecin, peu confiant dans les qualités de son personnel, veut se réserver l'usage des appareils d'hydrothérapie, le temps manquant, ceux-ci resteront inutilisés. Si le médecin, trop confiant, abandonne ce soin au personnel, le remède sera presque pire que le mal. « Fonctionnaires, employés, sous employés, dit Bourneville, s'ima-

ginent de bonne foi qu'aucun enseignement n'est nécessaire, qu'il suffit d'ouvrir les robinets, de promener un jet d'eau sur le corps, et c'est tout. Les doucheurs sont ignorants, ce qui ne les empêche pas d'avoir des prétentions, de s'imaginer en savoir plus que les médecins, et c'est parce que la plupart sont ignorants, ne connaissent pas les inconvénients et même les dangers d'une douche mal administrée qu'ils ne cherchent pas à se renseigner ».

Enfin, autre danger, nous avons pu constater que le personnel auquel on abandonne l'hydrothérapie a trop souvent un fâcheux penchant à l'employer d'une façon tout à fait abusive comme moyen d'intimidation ou comme punition.

Nous n'avons pas besoin d'insister sur de tels inconvénients qui peuvent avoir les plus funestes résultats. Il nous suffit de les avoir indiqués pour conclure que nous préférons encore voir l'hydrothérapie inutilisée que de la voir employer par des ignorants, entre les mains desquels elle devient fatalement bien plus nuisible qu'utile. C'est ici qu'il convient de se souvenir du vieil adage : Primo non nocere.

Et pour terminer, renouvelons le vœu de Fleury et espérons qu'un jour viendra où nos asiles auront un personnel suffisamment expérimenté et assez nombreux pour que l'hydrothérapie puisse y être employée comme il convient pour le plus grand bien des aliénés.

*
* *

Les agents mécaniques employés en thérapeutique nerveuse sont : le massage, les frictions et la gymnastique. — Bien que cette méthode remonte à l'époque préhistorique, bien avant Hérodias et Hippocrate, elle est restée

longtemps dans l'ombre et, quoique le célèbre Ambroise Paré ait consacré un chapitre à la friction, il faut en réalité arriver à l'époque moderne pour voir utiliser d'une façon rationnelle la mécanothérapie.

A vrai dire, on ne l'a guère employée que pour le traitement des névroses. Weir Mitchell, Bouveret, Levillain l'ont appliquée à la neurasthénie. Fauvel et Juvelin se sont aussi occupés du massage dans les maladies nerveuses.

De nos jours, Pitres et Cruchet ont obtenu de véritables succès dans le traitement des tics par la gymnastique respiratoire.

Deschamps et Zaepfel emploient le massage pour retarder la contracture chez les hémiplégiques. Constensoux et Maurice Faure ont fait une communication au congrès de Grenoble sur l'utilité du massage dans le tabes. Faure (de La Malou) en a obtenu également les meilleurs résultats dans le traitement du tabes et des paraplégies spasmodiques au cours des périodes de rééducation.

Mais dans le traitement des maladies mentales, on a peu pratiqué la mécanothérapie en France. Massy a soutenu qu'elle pourrait être utile dans la paralysie générale. Régis et Garnier conseillent de l'employer dans la lypémanie et les états confusionnels, surtout accompagnés de stupeur. C'est surtout en Allemagne que Byswanger et Schrœder ont publié des travaux sur cette méthode et en Amérique, W. Sinkler et Sandlom pensent que le massage rend de réels services aux mélancoliques et aux maniaques épuisés.

En tous les cas, tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que le massage accélère la circulation, favorise la nutrition, élève la température de la peau, et que son efficacité dans la neurasthénie et l'hystérie n'est pas douteuse.

Dans les asiles, le massage n'est jamais employé. Cette négligence est très regrettable. D'abord, le tabes, l'hystérie et même la neurasthénie se rencontrent assez fréquemment dans les asiles ; beaucoup de paralytiques généraux sont en même temps des tabétiques et l'on peut dire qu'entre la neurasthénie et la mélancolie il n'y a bien souvent qu'une légère nuance. Ensuite, parce que les bons résultats obtenus doivent commander qu'on l'emploie davantage en psychiâtrie.

Enfin, alliée à l'hydrothérapie, elle trouve une indication dans l'insomnie et chez les aliénés alités, elle aide à combattre très efficacement la dyspepsie et la constipation.

En somme, comme le dit très justement Anglade : « Si elle n'a pas encore rendu de grands services dans la thérapeutique des maladies mentales en général, c'est qu'on n'a pas jusqu'à présent sérieusement fait appel à son concours ».

Il est vrai que, pour cela comme pour l'hydrothérapie, il faudrait que nos médecins d'asile fissent des études spéciales de massage ou bien qu'il y eût un masseur attaché à chaque établissement. La massothérapie ne s'invente pas ; il faut des études pratiques bien dirigées pour appliquer avec quelque succès les méthodes d'effleurage, de friction, de pétrissage, de tapotement et de hachage. — La gymnastique médicale non plus ne s'improvise pas.

Si, à cette raison, on veut bien ajouter encore le manque de temps, cette cause générale de tous les maux de nos asiles, on concevra facilement pourquoi cette méthode à la fois simple et excellente n'est pas employée dans ces établissements publics et ne le sera probablement pas encore d'ici longtemps.

CHAPITRE IV

Le Travail

Le travail est un excellent moyen de traiter les maladies mentales. C'est à Pinel et à Esquirol que revient l'honneur de l'avoir découvert et recommandé. Cette méthode apparaissait alors comme une mesure téméraire : non seulement délivrer les aliénés de leurs chaînes, mais encore les armer d'outils, semblait une erreur déplorable et dangereuse.

Mais il n'est pas de procédé thérapeutique qui ait eu autant de succès et qui se soit développé jusqu'à une telle perfection dans la pratique. Presque tout de suite il fut employé en France, puis en Allemagne et, à l'heure actuelle, il n'y a pas d'asiles où il ne soit le principal et même parfois l'unique moyen thérapeutique utilisé.

Le travail manuel est en effet d'une grande ressource pour la guérison de la plupart des psychoses. C'est non seulement un agent très utile pour l'amélioration de l'état physique de certains malades, un stimulant et un régulateur de leurs fonctions organiques, mais c'est aussi un agent moral puissant. D'abord, par la distraction qu'il procure et qui est comparable à une sorte d'isolement de la pensée de l'aliéné, celui-ci se trouvant momentanément séparé des idées fixes qui l'absorbent. Ensuite, par l'application qu'il nécessite, il rend au cerveau des aliénés le même service que rend la rééducation motrice aux tabétiques.

C'est un exercice cérébral en même temps qu'un exercice physique.

C'est pourquoi il est préférable au travail intellectuel, qui occasionne un effort trop considérable, souvent même une fatigue, et qui néglige complètement les fonctions physiques.

Quoi qu'il en soit, dès le début, le système du travail des aliénés a séduit à la fois les médecins qui y voyaient un dérivatif salutaire aux idées délirantes de leurs malades et les administrateurs qui y voyaient une source de bénéfices pour l'asile.

Bien vite, il devait y avoir des abus : on en vint à ne plus considérer les aliénés que comme des manœuvres, presque des bêtes de somme, et à essayer d'en tirer le plus de profit possible.

Mais bientôt aussi on sut rappeler aux chefs d'établissements que le travail était uniquement une distraction et un moyen de traitement. Aujourd'hui, il convient d'admirer réellement dans beaucoup d'asiles de quelle manière intelligente et avec quelle largeur d'esprit on a organisé le travail des aliénés.

Nous voulons ici citer comme exemple un asile où cette organisation nous a paru meilleure que dans la plupart des autres établissements : c'est l'*Asile de Prémontré* (*Aisne*), qui pourrait presque servir de modèle à ce point de vue spécial.

Sur 600 aliénés hommes, il y en a environ 400 qui s'occupent. Sur ce nombre, il y en a la moitié qui travaillent à l'intérieur, dans les sections, qui aident les gardiens à faire le ménage et qui s'occupent à diverses corvées. Il en reste 200 qui travaillent au dehors, dans les champs, à la ferme ou aux ateliers.

Pour cela, l'asile est admirablement conçu. Situé au milieu d'une grande exploitation agricole d'environ 80 hec-

tares, et entouré presque de toutes parts par une vaste forêt, il a comme annexe une petite colonie, la colonie du Lieubain, située à environ 2 kilomètres de l'asile. On a placé là une trentaine de chroniques auxquels on applique le système de l'open-door dans sa conception la plus large. Les autres malades sortent également chaque jour de l'asile et vont travailler dans les champs par équipes avec leurs gardiens. Tout est prospère, en plein rapport, et les évasions ne sont pas plus fréquentes à Prémontré que dans les autres asiles.

Mais cette exploitation agricole, si admirablement organisée qu'elle soit, n'est rien en regard de l'installation presque somptueuse que l'on a consacrée à la ferme et aux ateliers.

La ferme est vraiment une ferme modèle. Il y a là environ 25 malades hommes et une vingtaine de femmes qui travaillent dans des étables, dans des porcheries qui mériteraient d'être primées dans les concours, où tout respire l'ordre, la propreté et la santé.

Les ateliers de même sont vastes, largement éclairés et aérés, et amplement fournis de tous les matériaux et de tous les outils nécessaires.

La boulangerie, quoiqu'aussi bien installée que dans la majorité des asiles, n'est cependant pas à citer comme modèle.

Mais la boucherie est encore une boucherie-modèle ; dans un coquet pavillon entièrement séparé de l'Asile, plusieurs malades sont occupés sous la surveillance du boucher et de ses aides, et leur installation pourrait faire envie à bien des bouchers, même des plus grandes villes.

Chez les femmes, il y a 237 travailleuses sur 678 malades. Sur ce nombre, 90 sont occupées à des travaux de couture et

70 travaillent au ménage et à diverses corvées dans les quartiers, 25 sont employées à la cuisine et 53 à la buanderie et au repassage.

La cuisine est une petite merveille ; la buanderie est une véritable usine avec sa chaufferie à haute cheminée de briques, son moteur, ses courroies de transmission, ses laveuses américaines, ses essoreuses mécaniques, et rien n'est plus curieux et plus agréable à voir que l'ordre et l'activité qui règnent dans cette ruche d'aliénées.

Mais ce qui est mieux à Prémontré que l'exploitation agricole vaste, que les locaux adaptés aux plus dures exigences des hygiénistes, c'est la façon intelligente dont on y emploie les malades.

Tout est un peu question d'éducation et d'habitude à ce point de vue ; là, le personnel est dressé à un emploi judicieux de toutes les bonnes volontés. Pas un aliéné qui puisse être occupé et qui reste les bras croisés dans sa section.

Il y a d'autres asiles où on renvoie dans les quartiers les malades dont le travail semble insuffisant, et où l'on menace de punir le bon travailleur qui veut se reposer, où on le pousse sans pitié. — A Prémontré, c'est par le nombre des bonnes volontés, mais de celles-là seulement, que l'on arrive à ce résultat magnifique de voir un asile de plus de 1 200 malades se suffire presque entièrement à lui-même.

Quelques-uns font bien peu de besogne, il est vrai, mais ils sont employés quand même : pour ceux-là comme pour les autres, le travail est avant tout une distraction, il ne faut pas l'oublier, et le peu qu'ils font s'ajoute malgré tout à ce qu'ont fait les autres. D'ailleurs, le résultat est là.

Nous ne parlerons pas du système des colonies familiales. Il nous semble peu pratique en ce que les préjugés encore en cours font redouter dans beaucoup de contrées la

présence des aliénés, et enfin il est dangereux, parce que les nourriciers ont presque fatalement tendance à commettre tous les abus lorsque leur intérêt est en jeu. Ou bien il faut ne s'adresser qu'à des paysans d'une intelligence d'élite, qui sachent comprendre ce qu'on attend d'eux et fassent fi de leurs intérêts, mais alors cela nous obligerait peut-être à restreindre un peu trop l'application du système. Nous en resterons donc à l'asile-colonie, qui est excellent.

C'est véritablement dans l'organisation du travail que l'on a le moins de progrès à faire dans les asiles publics. Dans la plupart elle est parfaite, et dans les autres c'est le manque de place ou de terrains disponibles qui empêche les améliorations désirables. Il aurait fallu prévoir cela au moment de la construction des asiles, mais on ne saurait en faire un grief aux directeurs actuels placés en face d'un problème dont la résolution est très difficile, sinon impossible.

En somme, l'organisation du travail et l'amélioration de l'hygiène marquent tout le progrès accompli pendant le siècle dernier au point de vue de la thérapeutique des maladies mentales dans les asiles publics.

Malheureusement, il n'y a pas que le travail, et c'est un moyen commode de s'excuser de ne rien faire que de dire comme Lapointe que « le travail dans la majorité des cas est 'unique moyen de traitement qui puisse être mis utilement en pratique ».

Il y a autre chose à faire. En particulier dans toutes les psychoses aiguës, où cette méthode est inapplicable ou même contre indiquée, nous verrons dans le chapitre suivant qu'il existe un autre moyen thérapeutique, qui se combine d'ailleurs admirablement avec le travail et qui produit les meilleurs résultats, c'est l'alitement.

CHAPITRE V

L'Alitement ou clinothérapie

Ce n'est pas une méthode nouvelle que l'alitement ou clinothérapie : elle date des origines mêmes de la médecine. De tout temps les médecins ont alité leurs malades aigus ou chroniques, jugeant avec raison que le décubitus horizontal était un précieux adjuvant par le repos qu'il procure à l'organisme tout entier en régularisant ses fonctions. Il semble donc que l'application de la clinothérapie devait tout naturellement être étendue aux aliénés, du jour où on les éleva à la dignité de malades. — Pourtant ce principe reconnu de thérapeutique générale n'a été introduit dans le traitement des maladies mentales que de nos jours, et tout récemment encore Neisser s'élevait avec indignation contre des préjugés qu'il sentait toujours tenaces et durables : « Quoiqu'on ait dit et répété, s'écriait-il, que les aliénés sont des malades, cette manière de voir est restée théorique et ne pénètre que bien lentement dans le domaine de la thérapeutique pratique.

Quoiqu'il en soit, lorsque Guislain en 1852, conseilla de traiter les mélancoliques par le repos au lit, personne n'avait seulement pensé qu'on pût aliter des fous. On alla même jusqu'à s'étonner de cette idée et elle parut si bizarre que personne n'osa suivre ce révolutionnaire dans la voie qu'il avait indiquée.

Pourtant une active propagande a été faite depuis lors pour l'alitement des aliénés. Peu de méthodes ont suscité

plus d'écrits, plus de discours, enfin plus d'enthousiasme presque unanime.

Nous ne referons pas ici l'histoire de cette méthode. Elle a déjà été faite très complètement à plusieurs reprises, notamment par Sérieux et par Kéraval. Nous nous bornerons à rappeler qu'après avoir été prêchée isolément par Guislain en Belgique, par Falret en France, par Weir Mitchell en Amérique, c'est en Allemagne que la clinothérapie fut enfin mise en pratique chez les aliénés par Ludwig Meyer, Snell, Paetz, Scholz, Clémens Neisser, Klinke, Krœpelin, Heilbronner, et tant d'autres dont nous ne pouvons citer tous les noms. Puis, la nouvelle méthode se répandit en Russie, en Suisse, en Autriche où von Krafft Ebing l'a considérée comme la prescription médicale la plus importante et la plus bienfaisante. Enfin il faut arriver jusqu'en 1897 pour la voir appliquer en France dans les services de Magnan à l'admission de Sainte-Anne et de quelques autres médecins des asiles de la Seine, tels que Joffroy, Toulouse, Briand et Sérieux.

Ce louable effort vers le progrès s'est arrêté là. En vain Magnan a publié les brillants résultats obtenus à Sainte-Anne, en vain Sérieux a écrit que « les résultats du traitement par le lit sont universellement admis » et qu' « il faut considérer cette méthode nouvelle comme un progrès considérable dans le traitement des maladies mentales », en vain au Congrès international de 1900, Korsakov, Serbsky, Neisser, Morel, Braesco et Garnier ont conclu des expériences tentées que l'effet thérapeutique du régime au lit sur les maladies mentales est incontestable, en vain ce même Congrès a adopté après discussion le vœu que la méthode de traitement des aliénés par l'alitement doit être généralisée dans les Asiles, en vain enfin au Congrès des aliénistes et

neurologistes de 1903 le Docteur Trénel a défendu chaleureusement la clinothérapie, nous sommes obligés de constater aujourd'hui que nous n'avons rien fait dans ce sens au point de vue pratique.

Il s'est même trouvé, il n'y a pas bien longtemps, des aliénistes français, dont la voix est écoutée, pour qualifier cette méthode assez durement et pour la comparer à la craniotomie que quelques chirurgiens audacieux avaient préconisée pour guérir l'idiotie.

On ne peut donc s'étonner outre mesure, mais on peut dire presque sans exagération que l'alitement est une méthode inconnue dans nos asiles de France. En quoi consiste donc ce système que presque tous approuvent et que personne n'applique ? Nous allons essayer de le résumer, dans ses grandes lignes.

Et d'abord, dès l'entrée à l'asile, tout malade, après le bain, est mis au lit, et examiné au lit. Sur ce premier principe, tout le monde est d'accord. Nous avons vu dans quelles conditions déplorables on examine les malades au moment de faire leur certificat de 24 heures ; or, comme le dit très justement Trénel, il n'y a pas deux façons d'examiner un malade en médecin, il faut le faire coucher.

C'est parce que l'on omet cet alitement systématique, que nous avons vu certains médecins d'asiles négliger constamment et complètement l'examen physique des entrants, ignorer par suite toutes les malformations congénitales ou acquises de leurs malades, laisser passer sans s'en douter des contagieux, enfin commettre parfois de lourdes erreurs de diagnostic pour avoir méconnu un tabes ou une démence organique.

Ce premier examen se fait dans les quartiers d'observation. Après quoi, le malade est dirigé sur une section

pour y suivre le régime prescrit, que ce soit d'ailleurs un régime d'alitement continu ou un régime moins sévère. Ce serait en effet une grave erreur de croire, comme on l'a dit trop souvent, que le quartier où l'on dirige les malades soumis à l'alitement doit être un quartier de surveillance continue. Le quartier de surveillance continue doit être réservé à une catégorie spéciale de malades, et ce serait restreindre considérablement l'application du système et s'en faire une idée bien étroite que de s'imaginer que seuls peuvent en bénéficier ceux qui ont besoin d'une surveillance spéciale. Enfin il ne faut pas que les nouveaux venus se trouvent dans un milieu d'agités qui protestent contre le régime de l'alitement, mais au contraire il faut qu'ils se trouvent entourés de malades qui leur donnent l'exemple du respect de l'autorité médicale. Il est très important de placer ces êtres éminemment suggestibles dans une sorte d'« atmosphère » d'obéissance et de discipline ; il n'est rien de tel que l'exemple des autres malades pour aider le médecin à les convaincre qu'il est nécessaire pour eux de rester au lit.

Ce n'est en effet que par la persuasion et l'esprit de discipline que l'on doit faire garder le lit aux aliénés, car dans aucun cas nous ne pouvons admettre le maintien forcé au lit par les infirmiers. « C'est là, dit le professeur russe Bekhterew, un reste du système barbare du restraint, système qui discrédite les établissements dans lesquels il est mis en usage ».

D'ailleurs, il n'a jamais été question d'appliquer à tous les malades indistinctement le régime du lit absolu et prolongé. La méthode écossaise, appliquée par Toulouse et Marchand, oblige les malades à des promenades quotidiennes au grand air. Neisser lui-même, un des adeptes les plus intransi-

geants de l'alitement, n'a jamais formulé une théorie aussi exigeante et antiscientifique : « Ils peuvent, dit-il, quitter e lit pour prendre part à un travail, à une distraction, à une promenade au jardin ou aux repas en commun, lorsque le médecin n'y voit ancune objection ».

Et Korsakow, à la clinique de Moscou, a dosé l'alitement suivant les malades, et a prescrit une foule de régimes, depuis le régime du lit absolu jusqu'à ce fameux régime du lit au minimum pour les chroniques et les convalescents, qui restent levés toute la journée et qui se trouvent infiniment mieux de travailler que de rester couchés.

C'est encore en effet un des principes essentiels de la méthode de ne pas considérer l'alitement comme un remède spécifique des maladies mentales, mais comme un moyen thérapeutique adjuvant qui n'en exclut aucun autre et qui doit être employé différemment suivant les cas.

Neisser y insiste tout particulièrement : « On ne peut pas donner de prescriptions formelles. La condition capitale, aussi bien dans les questions thérapeutiques que dans l'alitement, doit rester limitée à l'individualisation. » Et il recommande de combiner à la clinothérapie les autres méthodes de traitement, telles que le travail, le traitement moral, l'hygiène, l'hydrothérapie et les agents chimiques.

Telles sont les grandes lignes du système de l'alitement.

Est-il compatible avec l'isolement ? C'est un point qui a soulevé bien des discussions. Pourtant, il est presque évident qu'il y aurait une singulière contradiction à l'admettre, puisque le maintien des malades au lit est obtenu surtout par l'exemple, la discipline et la suggestion réciproque qui ne peuvent exister en dehors de la salle commune. Nous nous bornerons donc à répéter ce que nous avons dit dans un précédent chapitre : l'isolement est une mesure d'ex-

ception incompatible avec toutes les idées actuelles sur la thérapeutique de l'aliénation mentale, qui ne doit être employée que dans les quelques cas bien définis, que nous avons énumérés.

L'alitement, tel que nous venons de l'exposer, ne nous semble plus devoir prêter à aucune critique. Il faut dire d'ailleurs que toutes celles que l'on a formulées contre lui visent les abus qu'il pourrait entraîner ou reposent sur des malentendus.

Nous avons déjà montré en effet que la clinothérapie n'exigeait nullement la surveillance continue. Elle facilite même beaucoup la tâche des infirmiers. — On a prétendu qu'elle facilitait aussi le quiétisme du personnel de l'asile. Non seulement il est manifeste que cette critique s'adresse à un abus et non au système lui-même, mais encore nous pourrions affirmer que le quiétisme provoqué par l'application de cette méthode, si grand soit-il, n'atteindra jamais celui qui sévit à l'heure actuelle dans les asiles de France.

C'est également un abus singulier que de prétendre soumettre le régime de l'alitement à des règles immuables, qui en ont faussé les résultats, ou de vouloir l'appliquer à tous les cas indistinctement ; c'est, comme l'a dit Pochon, courir au devant des accidents. Il nous semble avoir suffisamment insisté sur la nécessité absolue du principe de l'individualisation, pour qu'il soit inutile d'y revenir ici.

Maintenant que nous avons montré comment on applique le système du repos au lit et que nous avons posé en principe que cette application doit dépendre avant tout de l'état du malade, il convient de déterminer quelles sont les indications et les contre indications de l'alitement.

D'abord il est évident que l'on doit aliter tous les malades dont l'état physique est mauvais. C'est là un moyen

courant de thérapeutique générale qui est employé partout. Nous ne nous y arrêterons pas.

Quelles sont donc les maladies psychiques justiciables de la clinothérapie ? C'est là que les psychiâtres ne sont pas du tout d'accord.

Sérieux a formulé une règle schématique qui fixe les indications du régime : « Que le cerveau soit surmené par le fonctionnement exagéré des zônes motrices (états maniaques), sensitives (mélancolie), sensorielles (états hallucinatoires), ou que son activité soit suspendue par l'action d'un toxique (confusion mentale), dans tous ces cas, il est urgent de laisser reposer l'organe intoxiqué ou surmené ». Il le réserve donc pour les psychoses aiguës.

Neisser a étendu le système à « tous les individus dont l'attitude et la manière d'être sont désordonnées, agitées ou seulement frappantes, qu'il s'agisse des cas chroniques ou des cas aigus ». Il fait seulement quelques réserves pour la folie à double forme, parce que l'agitation motrice y est généralement moins considérable ou plus localisée et par suite l'influence de l'alitement moins grande.

Mairet et Ardin Delteil au contraire prétendent limiter les indications précisément à la manie intermittente et aux folies post-infectieuses.

Garnier, Anglade, Pélas, trouvent des contre-indications dans la paralysie générale, l'épilepsie et la démence précoce.

Toutes ces théories contradictoires s'appuient sur les effets physiologiques mal connus de l'alitement. En effet, si tout le monde s'accorde à reconnaître que la circulation et la respiration se régularisent, que le pouls et les mouvements respiratoires sont ralentis, que la tension sanguine est le plus souvent relevée, que la régulation de la chaleur est

aussi plus parfaite, il commence à y avoir désaccord sur la façon dont s'effectue la nutrition, les uns, comme Mairet et Ardin Delteil, prétendant que le poids de l'alité diminue et les autres, le plus grand nombre, avec Régis, Anglade, Garnier, Ossipow, Wizel, prétendant qu'il augmente. Plusieurs observations personnelles nous font admettre de préférence cette dernière opinion, et plus particulièrement le cas tout récent d'une mélancolique anxieuse que nous avons soumise au régime de l'alitement et qui a engraissé de 11 kilogs en six semaines. D'ailleurs, dans la plupart des observations où l'on peut noter de l'amaigrissement, il paraît bien plus logique souvent d'incriminer la maladie elle-même que l'alitement, les pertes de poids coïncidant avec des périodes d'excitation suraiguë, de sitiophobie, ou avec des poussées fébriles.

Quant aux troubles digestifs, à l'insomnie et à cette fameuse torpeur psychique, qu'on rend cause de tant d'états chroniques, ils n'existent que si l'on emploie le régime du lit absolu et prolongé. C'est là tout simplement une question de doigté de la part du médecin : ce n'est pas le système lui-même qu'on doit rendre responsable de tous ces méfaits, mais la façon mauvaise dont on l'a appliqué.

D'ailleurs, même si la méthode présentait ces quelques inconvénients, auxquels il serait facile de remédier, les effets favorables qu'elle produit sont bien trop importants pour qu'on puisse se croire autorisé à y renoncer.

Les résultats sont là, plus probants que toutes les théories physiologiques.

Le résultat capital réside surtout dans la sédation des symptômes d'agitation psychique : l'excitation s'apaise peu à peu, plus de cris, plus de vacarme comme autrefois dans les cellules, plus de gâtisme par terre, plus de barbouillage,

plus d'accès de fureur. Le malade voit autour de lui d'autres malades alités ; le personnel de surveillance a une conscience plus juste de son rôle et de ses devoirs, et traite les aliénés avec plus de pitié et de douceur.

L'effet moral produit par cet entourage agit puissamment pour calmer ces malheureux, qui finissent par se rendre compte qu'ils doivent se laisser soigner. « Ils gardent, comme le dit Bernstein, grâce à la mise en scène de l'hôpital, leurs qualités humaines, qui dégénéraient autrefois dans l'emprisonnement solitaire des cellules. » On arrive donc, en calmant l'agitation, à procurer au cerveau le repos qui lui est si nécessaire et à le mettre dans les meilleures dispositions pour revenir à son fonctionnement normal.

L'alitement produit encore le plus souvent l'amélioration de l'état physique : l'organisme évite de perdre ses forces dans des réactions violentes et désordonnées ; la surveillance de l'état général est favorisée, l'attention du médecin y étant davantage attirée, et les complications viscérales peuvent ainsi être évitées. Ajoutons à cela que grâce à l'alitement l'emploi des hypnotiques est extrêmement diminué, que l'isolement cellulaire devient exceptionnel, que les autres moyens de contrainte sont complètement supprimés.

Enfin le repos au lit n'est pas seulement un adjuvant de la guérison. Préconisé déjà dans le traitement des névroses et en particulier dans le traitement de la neurasthénie et de la chorée, il est également pour beaucoup d'auteurs un remède curatif qui contribue à abréger la durée de certaines psychoses. Mairet et Ardin Delteil, qui sont des adversaires résolus de cette méthode, l'ont admis dans les conclusions de leur communication au Congrès de 1900 : « L'alitement dans certains cas paraît utile, en ce sens qu'il

diminuerait la durée de la maladie. Ce serait plus particulièrement dans la manie intermittente et les aliénations mentales post-infectieuses que nous avons constaté ces effets utiles ».

Nous nous bornerons à ce témoignage qui a d'autant plus de valeur qu'il nous est fourni par des auteurs que l'on ne peut suspecter de partialité pour l'alitement.

Tels sont les résultats du traitement des aliénés par le repos au lit. Ils sont assez importants, semble-t-il, pour que nous rangions la clinothérapie, avec Sérieux, « parmi les conquêtes les plus précieuses de la psychiâtrie contemporaine », et pour que nous terminions cette étude en rappelant le vœu du Congrès de 1900 et en regrettant de ne pas voir appliquer dans nos asiles de France une méthode si simple et si féconde à la fois.

CHAPITRE VI

Electrothérapie, radiothérapie, photothérapie.

Si l'on considère que l'hydrothérapie et la clinothérapie sont presque absolument négligées dans les asiles, bien que leur excellence ait été reconnue par tous les psychiâtres et que leur application ne nécessite pas l'emploi d'appareils trop coûteux ou trop délicats à manier, on ne s'étonnera pas si nous disons que l'électrothérapie, la radiothérapie et la photothérapie y sont tout à fait inconnues.

Il ne faut pas se hâter de critiquer cependant : ces méthodes sont encore à leur début dans la thérapeutique nerveuse et mentale.

Les résultats sont encore trop peu sûrs, trop peu précis, pour que l'on puisse regretter beaucoup qu'ils ne soient pas employés.

On utilise l'électrothérapie sous la forme de courants continus ou *galvanisation*, de courants interrompus ou *faradisation*, d'électrisation statique ou *franklinisation*, et enfin de *courants à haute fréquence* de d'Arsonval.

La galvanisation est obtenue à l'aide de piles, dont les plus usitées sont celles de Gaiffe ou de Leclanché. Nous n'entreprendrons pas de décrire ici dans ses détails la technique de cette méthode.

La galvanisation générale employée par Beard et Rockwell, est d'une application assez difficile. Elle possède, d'après ces auteurs, de nombreux avantages. Elle a surtout une action sur la nutrition générale, active la circula-

tion, stimule et régularise les diverses fonctions. Elle relève la dépression physique et mentale et trouve sa principale indication dans la mélancolie.

La galvanisation s'emploie surtout localement. On a utilisé la galvanisation cérébrale, qui, suivant son mode d'application, peut être sédative ou excitante (Foveau de Courmelles 1905). Elle a été préconisée surtout dans la neurasthénie par Hughes et Althaus, et dans la mélancolie par Schüle, Wiglesworth, Tigger, Sinkler, Robertson et Bianchi. — Rockwell l'a employée aussi dans le traitement de l'épilepsie.

La galvanisation spinale est surtout employée dans les affections médullaires et la myélasthénie. Elle a donné d'excellents résultats pour soulager les crises laryngées et vésicales du tabes (Billinkin). Elle n'a guère été utilisée en médecine mentale que dans les psychoses avec excitation, par Arndt et Newth.

La galvanisation du grand sympathique ou plutôt du ganglion sympathique cervical supérieur, obtenue par l'application du pôle positif, a produit des effets satisfaisants dans la neurasthénie, la lypémanie et l'hypocondrie. La galvanisation par application du pôle négatif a été préconisée pour le traitement de la paralysie générale.

La faradisation est produite à l'aide des bobines de Ruhmkorff ou des induits de Gaiffe. On emploie selon les cas des fils longs et fins ou des fils gros et courts, les premiers agissants surtout sur les nerfs de la sensibilité, les seconds sur l'excitabilité des nerfs moteurs.

La faradisation générale a été préconisée, comme la galvanisation générale, par Beard et Rockwell, et pour obtenir les mêmes effets.

Pratiquement, on n'emploie ni la faradisation cérébrale,

ni la faradisation spinale. La faradisation périphérique agit parfois par action réflexe sur les centres nerveux : elle a été surtout utilisée par Benedikt, Arndt, et Kowalewsky dans les cas de dépression psychique et de stupeur mélancolique.

La Franklinisation est employée dans les diverses formes de bain, de souffle, de douche, d'aigrette, d'étincelle et de friction. On l'obtient à l'aide des machines de Carré, de Voss ou de Wimshurst.

Elle a donné d''excellents effets dans la neurasthénie, la mélancolie, l'hypocondrie, et aussi dans l'hystérie (Charcot et Vigouroux).

Enfin les courants alternatifs de haute fréquence ont été employés tout récemment avec succès par Gidon et Nagelschmidt pour calmer les douleurs du tabes. Apostoli, Berlioz, Benedikt leur ont reconnu une influence puissante sur l'activité nutritive, et Régis indique que l' « on pourrait les appliquer aux psychoses avec troubles de la nutrition, en particulier aux états mélancoliques et à la confusion mentale avec asthénie profonde. »

En résumé, l'électrothérapie paraît surtout avoir une influence sur les troubles psychiques s'accompagnant de dépression et de perversion de la nutrition. Lecercle, qui en a fait une étude très approfondie dans son traité d'Electricité Médicale, s'exprime à cet égard en termes très précis: « Les résultats que l'on obtient par ces procédés dans le traitement des troubles psychiques et de la mélancolie seraient parfois surprenants ».

Malgré cela, on ne peut conclure de faits, dans lesquels la suggestion entre souvent pour une grande part malgré toutes les précautions prises, à la nécessité de soumettre tous les mélancoliques au traitement électrique. Ces

méthodes, encore à l'étude, ont besoin d'être appuyées par des expériences nouvelles.

Est-ce donc là une raison pour les bannir de nos asiles ? S'il y a des expériences à tenter, quel champ d'expériences pourrait-être plus commode que celui qui est offert à nos médecins aliénistes ? Mais on n'a guère le temps de s'occuper de science, quand on n'a même pas celui de soigner ses malades !

Et puis, en admettant même que l'électrothérapie fût reconnue d'une utilité incontestable, il y aurait encore plusieurs raisons pour qu'elle fut délaissée dans les asiles publics. D'abord, parce que l'outillage même est relativement coûteux ; dans les asiles que nous connaissons, les appareils électriques sont par suite réduits au minimum : dans l'un, nous avons trouvé tout juste une pile, dans l'autre un appareil d'induction de Gaiffe, et c'est tout. Enfin, et c'est là la raison la plus importante, l'électrothérapie est ignorée, non seulement dans ses indications, mais surtout dans sa technique. Or, c'est un procédé fort délicat, voire même dangereux, surtout en ce qui concerne la galvanisation cérébrale ; elle nécessite des précautions telles qu'il faut être physicien expérimenté pour l'employer sans risques ; et, il faut bien le dire, les souvenirs très vagues des études du P. C. N. qui subsistent chez la plupart de nos aliénistes ne pourraient leur suffire pour s'improviser électriciens. Sans parler même des appareils de d'Arsonval ou des appareils d'induction, nous connaissons certains médecins d'asiles qui seraient fort embarrassés s'il leur fallait se servir d'une pile de Gaiffe ou d'une machine de Wimshurst. Le défaut d'études préalables par les médecins aliénistes sur cette branche spéciale de la thérapeutique la rendra sans doute pour longtemps

encore inutilisable dans nos asiles d'aliénés. Nous aurons l'occasion de revenir plus loin sur cette lacune.

La Radiothérapie est, elle aussi, une méthode à l'essai. Les rayons X de Rœntgen ont surtout été employés dans les maladies nerveuses et médullaires. Ils ont donné d'heureux résultats à Babinski dans les paralysies spasmodiques spinales ; à Haret dans le traitement des névralgies et des névrites ; à Raymond, Gramegna, Beaujard, Lhermitte, Lejonne et Labeau dans la syringomyélie ; à Marinesco dans le sclérose en plaques. Dans une étude sur la Radiothérapie dans les affections médullaires, Delherm, après avoir résumé les effets obtenus, conclut à son action très probable et affirme qu'on doit en attendre les meilleurs résultats.

Le Radium a produit des effets identiques. Il a été surtout expérimenté par Barcat et Delamarre dans le traitement des névralgies et des névrites, par M. Touchard et Mme Fabre dans la syringomyélie et la sciatique. Foveau de Courmelles aurait vu disparaître les douleurs en ceinture dans deux cas de tabes, dont l'un était traité par les rayons X, l'autre par des applications de radium au siège maximum des douleurs.

Mais ces méthodes n'ont guère été appliquées jusqu'à présent au traitement des psychoses proprement dites. Cependant il convient de citer ici les expériences très intéressantes faites par le professeur Marinesco de Bucarest sur le traitement de la paralysie générale par les rayons X. Ces expériences ont fait l'objet d'une communication à l'Académie de Médecine le mardi 22 mars 1910. — Le professeur Marinesco a soumis 10 paralytiques généraux à de nombreuses séances de rayons X, variant de 45 à 108. Les rayons frappaient la tête des malades après avoir été filtrés par

une plaque d'aluminium de 2 millimètres d'épaisseur. Les résultats de ce traitement furent des plus satisfaisants, puisque dans 8 cas sur 10, une amélioration notable fut obtenue. Les troubles de la mémoire et les difficultés de prononciation disparurent. La rémission fut même si marquée chez deux d'entre eux, un télégraphiste et un employé d'administration, qu'ils purent reprendre leur service.

La voie semble donc ouverte de ce côté pour des recherches utiles.

Malheureusement pour les aliénés des asiles publics, cette méthode est d'une application trop difficile, son emploi est encore plus coûteux, plus délicat et plus dangereux que celui de l'électricité, aussi n'y insisterons-nous pas davantage.

Nous ne parlerons pas ici des radiations N, dont l'existence même a été niée par tant de physiciens, qu'il semble difficile d'attribuer les quelques résultats obtenus à autre chose que la suggestion.

Nous nous arrêterons un peu plus longuement sur l'action de la lumière ou *Photothérapie*, qui a donné à certains auteurs des résultats très encourageants dans le traitement des psychoses.

On avait déjà employé empiriquement autrefois la lumière colorée, mais sans grand succès. Douza, Foveau de Courmelles, Joire et Poussèpe ont repris l'étude de la photothérapie et de la chromothérapie dans le traitement des maladies nerveuses et des maladies mentales.

Douza calmait les agités dans des chambres bleues et relevait le moral des hypocondriaques par la lumière rouge. Citons quelques-unes de ses observations : — Un malade est mélancolique, sombre, taciturne, et refuse de manger ; on le place sous l'influence des rayons rouges ; trois jours

après, il devient gai et demande spontanément qu'on lui donne à manger.

Un autre malade est obsédé ; il craint que l'air oules a - ments ne l'empoisonnent, et passe toute la journée les mains crispées contre la bouche ; on le soumet à l'influence de la lumière rouge ; le lendemain, il se lève et demande son déjeuner qu'il avale avidement ; quelques jours après, il est complètement guéri.

D'autre part, un malade est tellement agité qu'on est obligé de le maintenir avec la camisole de force ; placé sous l'action de la lumière bleue, il redevient tout à fait calme en moins d'une heure. Un autre malade, après avoir été soumis un certain temps à l'influence des rayons violets, se sent guéri et demande à quitter l'asile.

Foveau de Courmelles a vanté les bons effets des bains de lumière totale, blanche, combinés à la douche statique comme toniques dans la neurasthénie.

Joire a fait une étude très complète des résultats produits par l'action des rayons colorés sur l'organisme, et a reconnu les bienfaits de la photothérapie dans la plupart des névroses, surtout dans la neurasthénie, dont il cite deux cas de guérison par les rayons rouges, et aussi dans les psychoses à forme dépressive. Il conclut ainsi : « Nos dernières expériences nous ont permis de constater que dans toutes les névroses et les troubles des centres nerveux on peut employer utilement tantôt leur action sédative, tantôt leur action tonique sur les fonctions psychiques et que la combinaison des diverses couleurs offre des ressources d'une utilité incontestable pour les maladies nerveuses ».

Tous ces efforts sont malheureusement stériles. Et pourtant, la photothérapie n'est pas un procédé très coûteux ; elle ne nécessite pas comme la radiothérapie ou l'électro-

thérapie tout un apprentissage ; elle est enfin à coup sûr inoffensive. Si nous avons insisté un peu sur cette méthode, c'est justement parce que son emploi pourrait être décidé dès demain dans tous les asiles, sans qu'il en résulte de grands changements ou de grands frais. — Mais comme tant d'autres, c'est une méthode qu'on ignore ou qu'on se refuse systématiquement à employer ou à essayer : les procédés nouveaux, malgré les succès obtenus, ont plus de peine encore dans les asiles que partout ailleurs à vaincre les préjugés, la routine, ou la paresse. Nous aurons à reparler des causes de cette inaction thérapeutique. En terminant ce chapitre, bornons-nous à regretter que ce soit surtout l'ignorance qui empêche à l'heure actuelle d'utiliser dans nos asiles publics toutes les ressources que l'on pourrait peut-être tirer de l'électrothérapie, de la radiothérapie et de la photothérapie des maladies mentales.

CHAPITRE VII.

La thérapeutique chirurgicale

La chirurgie a aussi sa place en médecine mentale, mais on n'emploie plus guère que les opérations de petite chirurgie, telles que injections hypodermiques, sérothérapie, saignée, lavage d'estomac, gavage et enfin la ponction lombaire et les injections intrarachidiennes.

Les *injections hypodermiques* sont d'un usage courant dans nos asiles pour l'administration des hypnotiques, morphine, hyoscine ou duboisine, ainsi que le gavage par cathétérisme œsophagien dans les cas de sitiophobie.

Quant aux autres méthodes, nous ne les avons jamais vu employer.

Pourtant chacun sait que les mélancoliques ont le plus souvent un état digestif détestable et qu'un simple lavage d'estomac peut suffire quelquefois à améliorer leur état mental. Régis en a obtenu également d'excellents effets dans les confusions mentales d'origine toxique.

La *sérothérapie* a aussi fait ses preuves. Le sérum artificiel en injections hypodermiques a été chaudement recommandé chez les asthéniques et les mélancoliques par Landouzy, par Toulouse et Roubin, par Chaslin et Séglas. — Les grandes injections de sérum artificiel à doses massives et répétées ont fait également l'objet d'une foule de travaux de Cullerre, Régis, Marie, Sérieux et Farnarier, Masbrenier, Buvat et tant d'autres. Ce dernier a préconisé plus parti-

culièrement le sérum chloruré dans les psychoses toxi-infectieuses aiguës : le sérum bromuré dans les états mélancoliques avec anxiété, les états maniaques et les délires épileptiques : le sérum ioduré dans les artériopathies cérébrales et la paralysie générale.

Régis les recommande très vivement : « La sérothérapie est indiquée dans les psychoses avec participation de l'état général, en premier lieu par conséquent dans les psychoses aiguës d'intoxication ou d'infection, aussi bien alcooliques que non alcooliques. C'est un point sur lequel tous les auteurs sans exception ont insisté. L'accord est unanime également sur ce fait que chez les délirants les grandes injections de sérum artificiel sont faciles à pratiquer, inoffensives et qu'elles doivent être massives (500cc. au minimum) et fréquemment renouvelées, quotidiennement ou tous les 2 ou 3 jours. »

Lewis C. Bruce a expérimenté dans les psychoses la sérothérapie spécifique. Le sérum antidipthérique a donné des résultats assez surprenants dans certains cas de paralysie générale et de tabes (Ford Robertson et Douglas Mac Rae). Dans un cas de tabes ainsi traité, on a vu disparaître tous les signes d'ataxie, sauf l'abolition des réflexes.

Wagner von Jauregg, Ernest Bœck, Binswanger, Azemar et Catala ont essayé aussi les sérothérapies toxiniennes et en ont obtenu de bons effets dans la confusion mentale hallucinatoire et le délire aigu.

La saignée, qu'on employait à tort et à travers autrefois et qu'on a trop complètement délaissée aujourd'hui, a également ses indications. Régis la recommande dans les psychoses dues à un état congestif de l'encéphale. Nous citerons à ce sujet une observation intéressante où une saignée acci-

dentelle, une hémorragie, semble avoir suffi à guérir une psychose. — Il s'agit d'une maniaque très agitée qui a pu sortir de l'asile pendant deux longues périodes de rémission, les deux fois à la suite d'accidents ayant entraîné une abondante hémorragie ; la première fois, elle s'était fait une profonde entaille au poignet droit intéressant l'artère radiale ; après la simple ligature de l'artère, on vit l'état mental s'amender en 24 heures ; — la seconde fois, elle s'était sectionné complètement les tendons du poignet gauche, les deux artères seules étaient intactes ; après qu'on eût opéré la suture des tendons, l'état mental s'améliora comme la première fois.

On ne peut pas parler ici de l'influence du shock traumatique ou opératoire, et il est beaucoup plus probable que l'amélioration de la psychose de cette malade doit être attribuée à cette saignée accidentelle. Ne semble-t-il pas que dans ce cas on aurait pu considérer la saignée comme un moyen thérapeutique ? En tous les cas, il n'était ni difficile ni dangereux d'essayer.

Enfin, de nos jours, la *ponction lombaire* et les *injections intra-rachidiennes* sont des opérations courantes un peu partout sauf dans les asiles. Roubinovitch a employé les injections de liquide céphalo-rachidien autogène pour le traitement de la paralysie générale et des états asthéniques.

Dans le même but, Hamilton Browning et Ivy Mac Kenzie ont préconisé les injections intra-spinales de sérum de paralytique général, ce sérum étant, d'après eux, hyperimmunisé contre le spirochète.

Enfin Richard C. Allen a obtenu la guérison de l'état de mal épileptique par la ponction lombaire.

Toutes ces expériences sont restées perdues pour le traitement des aliénés dans la plupart de nos asiles. Comme

nous avons eu déjà l'occasion de le dire en terminant le précédent chapitre, on persiste dans la vieille routine commode où l'on abandonne le traitement au personnel, et l'on répugne à user de moyens nouveaux, meilleurs peut-être, mais qui nécessitent l'intervention directe du médecin, déjà trop occupé par ailleurs.

Quant aux grandes opérations, elles ont été, après un instant de vogue, très délaissées.

La *craniectomie* avait été préconisée par Lannelongue dans l'idiotie microcéphalique. Bourneville l'a définitivement condamnée. John Turner avait tenté la trépanation et la ponction vertébrale dans la paralysie générale.

Ces procédés ne sont plus employés aujourd'hui dans le traitement des maladies mentales. Ils sont à la fois inefficaces et dangereux, et il n'y a pas lieu de les regretter.

L'influence curative des opérations gynécologiques sur les psychoses est elle-même trop contestée pour qu'on puisse la conseiller : il y a d'ailleurs toujours une grande difficulté à établir le rapport qui existe entre une affection génitale et une psychose et si l'on en croit Régis et Christian, la guérison survenant après une opération n'en serait même pas une preuve.

Une opération ne doit donc nullement être commandée par l'apparition d'une psychose ; elle a les mêmes indications chez les aliénés que chez les individus dont les fonctions cérébrales sont intactes. Piéchaud, Picqué, Febvré et la plupart des auteurs qui ont étudié la question à l'étranger comme Bormann, Bekhtereff, Poussèpe, de Rezende Puech, sont d'accord sur ce point.

Mais si l'aliénation mentale n'est pas une indication pour le chirurgien, elle ne doit pas être non plus une contre-indication. C'est un fait d'expérience que tout traumatisme,

toute maladie aiguë, toute opération, quelquefois une simple saignée, suffisent à amener l'amélioration et même la guérison de certaines maladies mentales. Nous en avons cité un exemple plus haut.

Cette seule constatation doit, dans les cas où une intervention chirurgicale est indiquée, suspendre toute hésitation, puisqu'en opérant on risque du même coup d'améliorer ou de guérir la psychose du malade.

Il semble donc que la chirurgie doive trouver sa place dans un asile comme dans tout hôpital, car nombreux sont les cas où le chirurgien pourrait intervenir.

Or, il y a des asiles en France où l'on est véritablement dépourvu de tout au point de vue chirurgical, où non seulement il n'y a pas de salle d'opérations, mais où l'on n'a à sa disposition que quelques bistouris mal aiguisés, et où dans les cas d'urgence on en est réduit aux mêmes expédients qu'un médecin de campagne dans une ferme isolée. C'est là une grave lacune à laquelle il serait bon de remédier.

De plus, même dans certains asiles où l'on trouve une installation complète et presque luxueuse, comme à Sainte-Gemmes sur Loire, nous avons rencontré chez certains médecins aliénistes comme une sorte de répugnance à laisser opérer des malades, même dans des cas où cette opération s'impose. Quelques-uns ont même l'air d'ignorer les premiers éléments de la chirurgie : nous avons vu un médecin directeur d'asile redouter à l'égal d'une craniectomie une simple thoracentèse et faire des difficultés pour donner l'autorisation de ponctionner une pleurésie alors que l'abondance de l'épanchement pouvait entraîner de graves accidents.

Enfin nous ne saurions nous élever avec assez d'indignation contre une autre grave erreur. Nous avons encore le

souvenir très précis de plusieurs cas de hernies ayant une tendance manifeste à s'étrangler, d'un cas de fibrome utérin volumineux que le même directeur-médecin s'est refusé à laisser opérer, en opposant à tous les raisonnements l'inutilité d'une opération coûteuse chez un aliéné.

Ainsi il existe encore des docteurs en médecine, qui, ayant entre les mains le pouvoir de guérir, se croisent les bras en disant : « A quoi bon ? » Il faut avouer que c'est là se faire une triste idée du devoir médical. De pareils faits, même exceptionnels, sont, à notre avis, une véritable honte pour le corps médical tout entier.

C'est déjà bien assez de voir si répandue dans le public cette grossière erreur de croire qu'il n'y a rien à faire pour les aliénés,

Sérieux signalait en 1903 dans un rapport « la persistance dans les milieux cultivés, et même parmi les médecins, de préjugés sur les maladies mentales et leur prétendue incurabilité. » Il semblait du moins que chez les aliénistes on dût faire justice une fois pour toutes de telles hérésies.

Malheureusement quelques-uns de nos directeurs ont oublié qu'ils étaient médecins pour ne se souvenir que de leur rôle de bons fonctionnaires.

Avec de telles opinions, il est évident que ce ne serait pas la chirurgie seulement, mais toute la thérapeutique qui serait bientôt bannie des asiles d'aliénés !

CHAPITRE VIII

La Psychothérapie

C'est surtout en psychiâtrie que l'emploi des agents moraux en thérapeutique ou *psychothérapie* est une méthode de premier ordre qui devrait être couramment utilisée.

La psychothérapie peut consister soit en une simple direction morale, c'est-à-dire dans l'influence exercée par le médecin sur l'esprit de ses malades ou suggestion à l'état de veille, soit encore dans la suggestion hypnotique.

Autrefois on employait aussi dans le traitement moral les procédés d'intimidation, les punitions, la douche. — C'est une opinion qui est d'ailleurs très répandue dans le public et qui contribue pour beaucoup à la répulsion qu'inspirent nos asiles. Il faudrait faire justice définitivement de tous ces préjugés : aujourd'hui ces procédés barbares sont unanimement condamnés : « Lutter contre le dĕlire par la douche, a dit Garnier, vouloir triompher des conceptions délirantes des aliénés par la contrainte corporelle, c'est ignorer la nature même des psychoses. Ce n'est pas avec la rigueur qu'on parvient à convaincre le malade, mais avec la douceur et la patience. »

Tous les aliénistes ont reconnu que la psychothérapie donne des résultats admirables dans le traitement des maladies mentales.

Nous citerons seulement cette opinion de Régis : « On peut dire sans exagération que le médecin par sa seule pré-

sence et l'influence dont il dispose vis-à-vis de ses malades, peut beaucoup sur leur guérison.»

Il est un agent moral qui contribue à augmenter cette influence du médecin, c'est la *discipline*. Nous avons pu apprécier par nous-mêmes quelles différences considérables entraîne l'existence ou l'absence de discipline dans un asile. Nous ne parlons pas bien entendu, de la discipline basée sur la crainte, mais sur l'estime et le respect du médecin. Ce ne sont pas là des théories illusoires ; ces sentiments existent parfaitement chez les aliénés :

« Il n'y a pas de chef, a dit le grand écrivain russe Garchine, qui avait été interné, il n'y a pas de chef qui jouisse d'une plus grande estime de la part de ses subordonnés que l'aliéniste de la part de ses malades ».

Grâce à cette confiance, le médecin tâche de changer le cours des idées de son malade et de redresser son raisonnement. C'est en somme une rééducation des facultés intellectuelles ; de même que dans l'ataxie le médecin tente la rééducation des mouvements, de même dans les psychoses il tente de reconstituer le fonctionnement primitif du cerveau. Il devient un conseiller, un directeur de conscience. Cette suggestion n'a pas de règles précises : « C'est affaire au médecin, disent Magnan et Pécharman, de puiser dans son esprit, dans son cœur, dans son expérience, les moyens moraux qui conviennent à chacun des malades». Krafft Ebing également n'a-t-il pas dit que la matière médicale, en psychothérapie, était inépuisable ? — Nous ne nous attarderons pas sur ce sujet. Nous dirons seulement que cette méthode nécessite de la persévérance, de la fermeté et aussi beaucoup de douceur.

Elle demande avant tout bien entendu une connaissance approfondie du malade et de son délire : voilà pourquoi la

psychothérapie n'est pas employée dans nos asiles publics.

Quant à la *suggestion hypnotique*, son action est contestée et très contestable.

Voisin l'a expérimentée le premier en 1884 avec succès. Après lui Séglas, Lombroso et Castelli, Luys, Robertson ont publié des observations favorables à l'hypnotisme.

Mais d'autre part Liébeault, Bernheim, Régis affirment que les aliénés sont très difficiles à hypnotiser et même sont le plus souvent réfractaires à l'hypnotisme. Gilbert Ballet et Briand n'ont pu y réussir.

Garnier, G. Ballet, Cullerre, Anglade pensent que la suggestion hypnotique n'agit que sur l'hystérie, dont elle est en quelque sorte le réactif.

Nombre d'auteurs ont encore publié des travaux sur ce sujet, entre autres Benedikt, Forel, Ladame, Obersteiner, Tokarsky, Berillon, Seppili, Farez, etc.

Ces dernières années, la suggestion hypnotique paraît avoir été appliquée avec plus de succès aux psychoses alcooliques, ainsi qu'aux délires oniriques d'auto-intoxication et d'infection.

Il ne faut pourtant pas se hâter devant ces quelques résultats positifs de conseiller trop vivement la pratique de l'hypnotisme.

On n'a déjà que trop de tendances à l'heure actuelle à l'employer sous prétexte qu'il est inoffensif. C'est une grave erreur. L'hypnotisme est une méthode dangereuse, qui peut provoquer l'apparition d'attaques convulsives, par exemple, ou aggraver quelquefois le mal que l'on cherche à guérir : « Ce que le médecin qui essaye de déterminer le sommeil artificiel doit avoir constamment à l'esprit, dit Gilles de la Tourette, c'est qu'il ne peut savoir à l'avance si

les effets qu'il va produire, au lieu d'être curatifs, ne seront pas simplement désastreux. »

Cette seule constatation doit suffire pour conseiller la prudence, et il n'y a pas lieu, à notre avis, de regretter beaucoup que la pratique de l'hypnotisme ne se soit pas encore introduite dans nos asiles.

Il n'en est pas de même de la *suggestion à l'état de veille* qui a été reconnue comme « le moyen le plus utile et le plus efficace de traiter les maladies mentales » par Seppili et par la plupart des auteurs, notamment dans les cas de mélancolie, d'idées fixes et d'alcoolisme. — Par exemple il faut, pour pouvoir l'utiliser que le médecin connaisse chacun de ses malades à fond. Ceci est assez facile dans la clientèle ou dans les établissements privés, mais comment veut-on l'employer dans nos asiles publics, où le médecin a chaque matin plus de six cents malades à voir, qu'il ne connaît même pas par leur nom ?

Aussi le traitement moral se réduit-il dans les asiles uniquement à la discipline imposée au malade ; encore dans nombre d'établissements cette discipline est-elle imposée par la crainte, ce qui est d'un effet moral désastreux. — Il vaudrait donc autant avouer qu'on néglige complètement la psychothérapie.

Plus encore que toutes les autre méthodes, elle nécessite en effet une étude individuelle approfondie des aliénés qui ne pourra se faire dans les asiles que le jour où l'on aura suffisamment augmenté le nombre des médecins.

TROISIEME PARTIE

LES CAUSES

Quelle conclusion générale peut-on tirer de cette étude ?

D'abord, beaucoup des méthodes utiles sont complètement inconnues dans les asiles, telles que par exemple la clinothérapie, la mécanothérapie, l'électrothérapie ou la photothérapie. Puis, celles que l'on emploie sont si négligées qu'elles donnent lieu à de regrettables abus.

En somme, il vaudrait presque autant dire que la thérapeutique des aliénés n'existe pas dans les asiles publics. C'est la conclusion qui ressort le plus nettement de ce travail.

Quelles sont les causes de cette situation lamentable ? Qui doit en assumer la responsabilité ? Autant de questions auxquelles nous allons essayer de répondre.

Les causes, nous les avons énumérées rapidement au cours de cet exposé ; elles sont disséminées un peu dans tous les chapitres.

Il nous suffira de les reprendre en y insistant davantage.

La principale, la plus grave parce qu'elle entraîne la plupart des autres, c'est la *mauvaise organisation du service médical* des asiles.

C'est ce vice organique qui doit être rendu responsable de l'abandon dans lequel on laisse les malheureux aliénés. Si le service médical ne fonctionne pas comme il devrait,

la faute n'en est pas aux médecins, mais à une organisation trop vieille, qui n'a pas su évoluer au fur et à mesure que le besoin s'en faisait sentir.

Quand on a construit les asiles, le plus grand nombre était destiné à un chiffre assez restreint de malades et les aliénistes pouvaient suffire à leur tâche. Depuis cette époque, ce chiffre a doublé, quelquefois triplé,quadruplé même et les médecins sont littéralement débordés. On a remédié à l'encombrement qui devait fatalement résulter de cette augmentation incessante du nombre des aliénés en agrandissant les asiles. On a construit à l'intérieur des quartiers nouveaux et des annexes, des colonies à l'extérieur, sortes de succursales où l'on envoie les aliénés chroniques les plus raisonnables. Mais on n'a pas songé à remédier à la surcharge de travail considérable qui en résultait aussi pour le médecin, à la fois au point de vue médical et au point de vue administratif. Et l'on est arrivé à la situation actuelle.

L'on voit aujourd'hui cette chose énorme : un seul homme cumuler les doubles fonctions de directeur et de médecin dans des asiles de plus de mille malades. Cette tâche est matériellement impossible à remplir, du moins consciencieusement. Et voilà pourquoi le directeur-médecin d'un asile, obligé à fournir un travail au-dessus de ses forces, se trouve réduit à user de trois expédients : ou faire tout mal, ou n'en faire qu'une partie ou encore ne rien faire du tout.

Le plus souvent, le directeur-médecin est obligé de renoncer à faire de la médecine. L'administration jalouse est là qui le surveille et il doit s'appliquer à ses fonctions de directeur. Il s'y absorbe entièrement, car l'on peut croire que toutes les paperasseries administratives, qu'on remue

dans un asile dont la population s'élève à douze ou treize cents personnes, suffisent à occuper les journées d'un homme actif et travailleur.

Nous avons vu ce qu'est la visite du Directeur : une course à travers les quartiers. Aucune thérapeutique n'est possible dans de telles conditions.

Dès lors, qui va s'occuper de soigner les aliénés ? Le directeur-médecin, nous dira-t-on, a un suppléant, le médecin adjoint, qui n'a que cela à faire, puisqu'il n'a aucun rôle administratif. C'est une erreur. L'adjuvat est un leurre, aujourd'hui encore. L'adjuvat n'existe pas.

Sérieux l'a dit : « Les médecins en chef et directeurs médecins ne sont nullement secondés par leurs adjoints ; ceux-ci restent en effet inutilisés, et nous ajoutons : systématiquement inutilisés. »

En effet, à part quelques asiles où les médecins-adjoints ont un service spécial et autonome, ceux-ci sont étroitement subordonnés à l'autorité souvent tyrannique des directeurs. Il y a eu une époque où le médecin-adjoint suivait la visite du directeur, réduit en cela au rôle de chef des internes. Aujourd'hui encore dans beaucoup d'asiles, le directeur-médecin et le médecin adjoint passent alternativement dans les sections des hommes et dans celles des femmes. On conçoit facilement que ce système est presque plus déplorable encore : rien ne peut être plus funeste à un malade que cette double direction de son traitement. Encore ce défaut est-il atténué quand les deux médecins ont les mêmes principes, ou lorsqu'ils ont assez de tact pour éviter de se froisser en se corrigeant l'un l'autre. Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi, et nous avons connu un directeur jaloux de montrer son autorité qui corrigeait chaque matin la formule dictée par son adjoint la veille,

en accompagnant cette correction de commentaires désobligeants fort déplacés devant le personnel.

Si cette situation n'est pas toujours la source de graves conflits, elle est en tous les cas toujours une source de découragement profond pour le médecin adjoint.

Nous en avons connu un qui arrivait, plein de bonne volonté et de zèle, sortant du concours, et qui, dans le but éminemment louable de connaître ses malades, avait projeté de voir chaque jour un quartier en détail, puisqu'il ne pouvait les voir tous. Malheureusement la visite durait ainsi de 8 heures à onze heures et demie ! Or, à onze heures précises, paraît-il, les cahiers de visite devaient être à l'économat. Il fut blâmé par le directeur, qui était pourtant un médecin, et qui, après avoir expliqué que la visite était trop longue, le personnel immobilisé trop longtemps, ajouta : « Vous verrez dans quelques années, vous ne ferez pas tant de zèle ! »

Sérieux stigmatise ces procédés comme il convient : « Tout semblant d'autonomie accordé au médecin adjoint eût paru, dit-il, un empiètement dangereux, une atteinte directe portée au prestige directorial. Que serait devenu ce dernier si l'adjoint se fût avisé de diagnostiquer, de soigner, et — qui sait — de guérir quelques malades ? Mis à l'écart et systématiquement inutilisé, le médecin adjoint à réagi en se désintéressant systématiquement du service. Les malades par suite ont été abandonnés, privés des soins médicaux auxquels ils ont droit. Or la subordination et la hiérarchie — qui flattent si agréablement la vanité de certains — n'ont, on semble l'oublier, d'autre justification que l'intérêt général, et dans l'espèce, que le traitement des malades. Dès qu'elles l'entravent, elles deviennent une tyrannie odieuse. »

Ainsi l'adjuvat, loin d'être un bienfait, est au contraire une espèce d'apprentissage de paresse où des jeunes gens

courageux, zélés, en pleine vigueur intellectuelle, viennent perdre toutes ces belles qualités dans l'inaction, le far niente, où on les réduit durant des années ; puis, lorsqu'ils ont oublié ce qu'ils savaient et qu'ils n'ont plus de goût au travail, quand on en a fait des fonctionnaires, on les nomme à leur tour directeurs-médecins. Jusque-là le médecin adjoint est un inutile, et « quand, après dix années d'une compression pareille, quand, une fois chef de service, il pourrait se mettre à l'œuvre, il se trouve qu'il est trop tard, qu'il ne peut plus, qu'il ne sait plus, qu'il ne veut plus travailler ».

Quant aux internes, il est incroyable que l'on puisse compter raisonnablement sur eux. Ils n'ont le plus souvent aucune compétence médicale. Ils arrivent dans les asiles au cours de leur deuxième ou troisième année de médecine, sans savoir un mot de médecine générale, a fortiori de médecine mentale. Ils ont de plus à s'occuper de leurs études personnelles et de leurs examens et négligent forcément le service de l'asile.

Et pourtant, en fait, c'est sur eux que retombe toute la besogne. Il y a des asiles où, en dehors de la visite, les médecins disparaissent. Arrive-t-il quelque chose, l'interne est seul pour prendre une responsabilité et pour instituer un traitement. Nous nous sommes trouvé maintes fois dans cette situation au début de nos années d'internat à l'asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire. Ne sachant pas beaucoup de pathologie, et pas du tout de thérapeutique, sans expérience clinique, nous nous sommes trouvé seul à la garde de plus de mille aliénés. Bien souvent, même à la visite, le Directeur trop pressé pour examiner les malades confiait ce soin à l'interne avec mission de « faire le nécessaire ».

Telle est l'organisation du service médical des asiles publics : Un médecin, quelquefois deux, quand le médecin

adjoint est utilisé par son chef de service, qui ne font rien parce qu'ils auraient trop à faire ; — un ou deux internes qui ne peuvent rien faire de bon parce qu'ils ne savent pas. Il est inutile d'insister davantage sur cette critique. Elle a été déjà faite maintes fois, en particulier dans l admirable rapport de Sérieux sur l'Assistance des aliénés.

Le résultat est là : « On fait de tout dans ces caravansérails encombrés, de l'administration, de la culture, de l'élevage, de la médecine ordinaire, mais fort peu de thérapeutique mentale » disait Marie au Congrès de Nancy — « Fort peu » est déjà presque une exagération.

Mais l'insuffisance du personnel médical n'est pas la seule cause qui rend la thérapeutique des aliénés insuffisante. Beaucoup de médecins d'asile ignorent presque complètement ce chapitre tout spécial de la psychiâtrie. Dans les études qu'ils ont faites, ils se sont surtout préoccupés du diagnostic des psychoses, mais non pas de leur traitement. Ils ne savent rien de la plupart des procédés thérapeutiques dont nous avons essayé de donner un très rapide aperçu. Et ce ne sont pas surtout les indications ou les contre-indications de telle ou telle méthode qui leur échappe, mais c'est la technique qui leur manque, sans laquelle tout le reste est inutile. Qu'importe qu'un médecin connaisse les bons effets de l'électrothérapie dans la mélancolie, s'il ne sait même pas se servir d'une pile !

C'est là une très grave lacune de l'enseignement psychiâtrique qui sera longtemps encore la cause de bien des négligences dans le traitement des aliénés.

Il n'y a pas d'ailleurs que le personnel médical qui soit insuffisant. Le *personnel de surveillance* est aussi trop peu nombreux, si bien que personne n'est surveillé. Dès lors, comment supprimer les moyens de contrainte, comment éta-

blir des quartiers de surveillance continue, si l'on ne dispose, comme nous l'avons vu dans certains asiles, que d'un seul infirmier pour 50, 60 ou quelquefois 100 malades ?

Enfin une autre des causes principales du mauvais fonctionnement des asiles, c'est la toute puissance de ce personnel de surveillance qui en arrive à réduire les médecins à une complète impuissance.

Nous avons vu, en effet, que le médecin est obligé dans la plupart des circonstances d'avoir recours au surveillant ou aux gardiens auxquels est confiée l'observation des malades. Nous avons vu aussi de quels abus cette confiance était le plus souvent suivie.

Nous avons signalé en particulier l'emploi excessif des moyens de contrainte et de l'isolement cellulaire. Nous avons signalé également la difficulté souvent grande où était le médecin de faire exécuter ses ordres.

Ce sont là, n'est-il pas vrai, des abus incompréhensibles et dangereux? Or, nous devons le dire ici, nous ne les avons jamais vus aussi fréquemment que dans les asiles où le personnel de surveillance est religieux.

Une congrégation de religieuses est une véritable malédiction pour un asile public. Sans compter que le directeur n'a pas le pouvoir de choisir son personnel comme il l'entend, il trouve constamment devant lui une autorité bien plus considérable que la sienne, celle de la supérieure. C'est à elle que l'on doit obéissance avant tout, et, vient-elle à entrer en conflit avec le médecin, celui-ci n'est plus écouté par le personnel ; il se heurte à une force d'inertie que le nombre rend puissante : c'est une véritable grève devant laquelle il faut céder.

Ces conflits sont rendus bien plus fréquents par toutes les superstitions ou les préjugés ridicules que l'on rencontre

chez les sœurs de nos asiles. Il est impossible d'examiner une malade sans être accusé de sadisme; on a toutes les peines du monde à faire donner des injections vaginales; on ne peut parvenir à faire traiter convenablement les filles publiques ou les filles-mères qui entrent à l'asile. — Elles montrent une négligence considérable dans la surveillance, dont elles sont distraites à chaque instant, par les heures de chapelle, les heures de prière, les heures de réfectoire, etc. — Nous avons un jour, à l'heure de la messe, calculé qu'il restait 10 religieuses pour garder 600 malades.

Ajoutons à cela qu'elles sont toujours favorisées par rapport au personnel laïque : elles sont nourries comme des pensionnaires de classe exceptionnelle, tandis que les autres sont de 2e classe ; elles ont des chambres à part, quand les autres couchent au dortoir.

On ne sait trop à quoi attribuer cette injuste inégalité.

Enfin, le plus gros reproche qu'il y ait à leur faire à notre avis, c'est encore ce prosélytisme acharné dont elles font preuve dans leurs sections, obligeant leurs malades à des prières continuelles, persécutant celles qui se refusent aux pratiques religieuses ou celles qui sont d'une autre religion. Ce serait pourtant une véritable charité, si elles négligent de soigner toutes ces malheureuses, de ne pas leur rendre le séjour de l'asile odieux et de ne pas risquer d'aggraver leur état en ajoutant des idées mystiques à leurs idées délirantes.

Le résultat le plus frappant de cet état de choses, c'est que dans tous les asiles que nous connaissons, où le personnel féminin est religieux, les aliénés hommes sont mille fois mieux soignés et mieux traités que les femmes. Ici, comme dans l'histoire, la congrégation est encore l'obstacle qui s'oppose au progrès.

Nous arrêterons là ce chapitre. Nous avons passé en revue les principales causes du mauvais fonctionnement médical de nos asiles publics.

Il nous reste à voir maintenant les moyens de remédier à tous ces défauts.

QUATRIÈME PARTIE

LES RÉFORMES.

Nous n'insisterons pas beaucoup sur le chapitre des réformes, parce qu'en expliquant les causes du mal, nous les avons en somme implicitement indiquées.

Résumons ces causes ; elles peuvent se réduire à quatre :

1°) *Insuffisance des études psychiâtriques au point de vue thérapeutique.*

2°) *Impossibilité pour les médecins d'asiles de faire de la médecine à cause du grand nombre des malades.*

3°) *Insuffisance du personnel de surveillance.*

4°) *Toute-puissance et abus du personnel, et surtout du personnel religieux.*

La première nécessite la *réforme de l'enseignement psychiatrique*. Il faudrait, comme cela se fait à l'étranger, fonder des cliniques où les étudiants fussent obligés de faire un stage et où on leur enseignât non seulement la pathologie mentale, mais aussi la thérapeutique des psychoses. Ce stage devrait être plus rigoureusement pratique pour ceux qui se destinent à entrer dans les asiles, car il est inadmissible qu'un aliéniste ignore tout de la thérapeutique des aliénés et en particulier des méthodes physiothérapiques.

Il serait même bon sans doute, comme le proposait Régis au Congrès de 1905, de faire entrer la thérapeutique dans la partie pratique du programme du concours de l'adjuvat et d'y constituer au besoin un complément de technique thérapeutique dans l'épreuve clinique.

La seconde nécessite *l'augmentation du personnel médical* des asiles. C'est là la réforme la plus utile et la plus urgente.

Grâce à elle, plus de grands services encombrés ! Le nombre des médecins doit être proportionnel au nombre des malades ; il faut qu'il y ait un médecin pour 150 ou 200 malades au maximum. — Le médecin-directeur s'occupera d'administration et n'aura qu'un service médical très restreint, une section, par exemple le pensionnat.

Il présidera l'assemblée des médecins et n'aura qu'un rôle d'inspection dans les autres services. — Les médecins chefs et les médecins assistants ou adjoints auront chacun leur service particulier et pourront ainsi faire de la médecine et s'occuper de guérir leurs malades.

Quant aux internes, ils n'auront plus à faire un travail pour lequel ils ne sont ni préparés ni compétents : ce sont de simples élèves qui seront là pour apprendre et pour veiller à l'exécution des ordres des médecins, ou même pour les exécuter eux-mêmes, surtout en ce qui concerne l'administration des médicaments. Il convient malgré cela d'émettre le vœu de ne voir admettre dans les asiles que des internes nommés après concours et ayant terminé leur scolarité.

Une troisième réforme consiste dans *l'augmentation du personnel de surveillance* qui est notoirement insuffisant dans la plupart des asiles. Ce personnel sera d'ailleurs réduit à son rôle de surveillance. Les médecins, suffisamment nombreux pour connaître et observer leurs malades dans chaque service, ne seront plus obligés d'avoir recours comme autrefois aux gardiens, qui n'auront plus aucune influence sur la thérapeutique instituée. Les abus seront impossibles ou en tous les cas réduits au minimum. Les gardiens enfin

seront surveillés de trop près pour pouvoir négliger les ordres reçus ou les exécuter à leur gré.

Enfin, le personnel doit pouvoir être choisi par le directeur et surtout doit être tout entier à son rôle de surveillance. C'est dire assez que la quatrième réforme qui s'impose dans nos asiles, c'est la *laïcisation du personnel.* Il suffit de constater pour en être convaincu que, partout où le personnel est laïque, le service se fait beaucoup mieux.

Toutes ces réformes, que nous ne faisons qu'indiquer, peuvent ne pas suffire à transformer nos asiles en asiles modèles. Il en faudrait sans doute bien d'autres.

Quoi qu'il en soit, celles-ci sont les principales, celles dont la nécessité saute aux yeux de tous ceux qui connaissent les asiles publics de France. Malheureusement elles nécessitent un surcroît de dépenses assez considérable et ce sera probablement la question financière qui les empêchera d'aboutir pendant longtemps. C'est regrettable.

L'augmentation du nombre des médecins surtout serait à elle seule un progrès immense. Et tant qu'il ne sera pas réalisé, nous pourrons dire avec Marandon de Montyel :

« Toute thérapeutique est impossible dans les asiles français ; on hospitalise là les aliénés, on les loge et on les nourrit dans de bonnes conditions hygiéniques, on les occupe et on les distrait, mais en réalité on ne les soigne pas. »

CINQUIÈME PARTIE

LA PROPOSITION DE LOI DUBIEF.

(22 janvier 1907).

Nous venons d'énumérer quelques-unes des réformes à faire et nous avons envisagé avec un peu de scepticisme leur réalisation prochaine. Il est pourtant impossible de passer sous silence le louable effort qui vient d'être fait par la Chambre des Députés pour réformer la loi du 30 juin 1838. Il est surtout impossible de cacher que cet effort, si louable soit-il, ne saurait apporter aucun progrès dans la thérapeutique des aliénés de nos asiles publics à moins de profondes modifications.

En vain le rapporteur du projet, M. le Docteur Dubief, s'est-il écrié à la tribune de la Chambre : « Nous faisons une loi pour guérir des malades, et non pas seulement pour les séquestrer » et encore :

« Notre loi qui porte à son frontispice ces 2 mots significatifs *hôpitaux* et *traitement* vous dit assez qu'elle n'est plus une simple loi de sûreté, qu'elle est devenue une loi médicale, une loi de guérison ; c'est la guérison qui devient notre principal objectif ». Rien dans la loi ne permet d'affirmer qu'elle a atteint ce but et qu'elle aura pour effet le résultat recherché.

Le législateur, qui s'est avant tout préoccupé de faire de la bonne politique, n'a pas voulu heurter l'opinion publique, ni demander à la Chambre de grever le budget d'un sur-

croît de dépenses trop considérable. Ce simple souci a annihilé tout ce qui dans la loi marquait un réel progrès à côté de chacun des paragraphes de réforme se trouve une sorte d'amendement qui entrave et même paralyse tout l'effet que l'on pouvait en attendre. Nous allons en citer quelques exemples.

M. le docteur Dubief dit dans son rapport : « Il n'est pas un aliéniste qui ne sache que l'avenir du malade dépend dans une large mesure de la hâte qu'on a mise à pratiquer l'isolement du milieu où la folie a éclaté et à lui imposer le traitement convenable ». Or, il accumule de telle façon les formalités d'entrée que cette hâte devient absolument impossible.

Pourquoi toutes ces formalités ? pour sauvegarder la liberté individuelle et éviter les séquestrations arbitraires ? — Nous nous permettrons de faire remarquer, après tant d'autres, que les séquestrations arbitraires sont assez rares à l'heure actuelle ; mais, si elles doivent se produire, ce ne sont pas des garanties de pure forme comme celles de l'article 13 qui les empêcheront.

Comme le dit M. Parant, ce sont là « de ces simples démarches administratives dont on sait la valeur », visas, légalisation de signature, etc.

D'autant plus que, dans un paragraphe suivant, le législateur envisage une procédure d'urgence qui deviendra sans doute la plus habituelle, et que rien ne sera changé à la méthode actuelle, même dans la rédaction du certificat médical, que nous avons vue si vicieuse et si insuffisante. La loi de 1838 n'exigeait-elle pas aussi que le certificat indiquât « les particularités de la maladie » ? Ce n'est que par une tolérance coupable et en violation de la loi que l'on se contente dans les asiles de certificats analogues à

celui que nous avons cité au début de cette thèse. Il n'était pas utile de réformer la loi sur ce point, il suffisait sans doute d'en exiger l'application stricte, car les abus subsisteront tout autant si l'on viole de même la loi nouvelle.

D'ailleurs, la seule garantie contre la séquestration arbitraire, à part l'article 22 qui n'est que la copie de l'article 14 de la loi de 1838, c'est la bonne foi du médecin de l'asile. Et, en fait, comme l'a si bien dit M. le docteur Vallon au Congrès de Nantes : « C'est bien le souci, mal déguisé, de garanties à prendre contre les médecins aliénistes qui a inspiré la réforme de la loi de 1838. Le nouveau projet vise les médecins aliénistes, mais malheureusement il frappe les aliénés ». Car la simple constatation d'une séquestration arbitraire implique à n'en pas douter la culpabilité ou la complicité du directeur, médecin de l'asile. On aura beau multiplier les formalités administratives, l'honorabilité et la conscience du médecin resteront les seules garanties contre les séquestrations arbitraires.

Qu'on les choisisse alors, ces médecins aliénistes, en s'entourant de toutes les précautions touchant leur moralité et leurs capacités, mais une fois qu'on les a choisis, il faut leur accorder la plus large confiance, car quel que soit le contrôle exercé, il n'y a pas de commissions, il n'y a pas d'inspection générale, il n'y a rien qui puisse les empêcher de garder dans leur asile ou de renvoyer au dehors tous ceux qu'il leur plaît de conserver ou de libérer. Avec l'organisation actuelle, il faut qu'on le sache bien, c'est un seul homme qui décide de tout dans les asiles, un homme dont personne ne peut contrôler les actes et qui a tant de puissance qu'il lui serait loisible de commettre tous les abus. Cet autocrate, c'est le directeur médecin en chef. La crainte qu'il inspire empêche souvent bien des plaintes et donne

lieu à une sorte de complicité par le silence qui est pour lui une sûre garantie de l'impunité.

« Et pourtant, comme le dit le Docteur Dubief, la surveillance de l'autorité s'y exerce avec exactitude, mais qui pourrait dire que certains malades, précieux à l'administration ou aux médecins pour leur travail ou leurs talents, n'y aient pas été gardés alors qu'ils auraient eu droit à la liberté et que d'autres n'y ont pas été retenus plus longtemps qu'il n'eût été nécessaire ? »

Nous en avons été personnellement le témoin en plusieurs occasions.

Or, le seul moyen d'empêcher ces abus, c'est de réformer radicalement l'organisation du service médical, c'est d'augmenter le nombre des médecins et d'instituer le système du contrôle de chacun par tous, en organisant le conseil des médecins, ce qu'on appelle en Allemagne la « *conférence* ». Cette réforme figure bien dans le nouveau projet de loi, mais elle est trop limitée : puisque la conférence nécessite la présence de 3 médecins, il eût fallu décider que dans tous les asiles publics il y aurait dorénavant au moins trois médecins.

Mais réclamer formellement cette augmentation nécessaire, c'était réclamer de l'argent, c'est-à-dire risquer un échec.

On pouvait cependant encore espérer que le Conseil d'Etat y pourvoirait. Le paragraphe 9 de l'article 6 est en effet ainsi conçu : « Le nombre des médecins traitants sera déterminé pour chaque asile par décret rendu en Conseil d'Etat, après avis de Conseil supérieur de l'assistance publique. » — Il est de toute évidence que ce paragraphe vise l'insuffisance actuelle du personnel médical, et il faudrait applaudir à cette excellente réforme si elle n'était

comme annulée pour ainsi dire par les 2 paragraphes précédents.

Le § 7 dit que « les médecins traitants résideront ou non dans l'asile suivant la décision prise par le préfet après avis du Conseil Général » et le § 8 dit qu'ils « pourront exercer librement la médecine ».

Cette mesure d'économie est vraiment malheureuse. Diminuer le traitement déjà modeste des médecins-adjoints en leur supprimant tous les avantages matériels attachés à la résidence et comme compensation leur donner le droit, qui devient presque alors une obligation, d'exercer la médecine en dehors de l'asile, sont les deux mesures les plus aptes à enrayer le progrès de la thérapeutique dans nos asiles publics. Que reproche-t-on à l'organisation actuelle ? de ne pas permettre au médecin de consacrer assez de temps à ses malades. Que sera-ce donc le jour où il sera obligé pour vivre de faire de la clientèle ?

Bien plus, le recrutement des médecins d'asiles déjà difficile ne paraît pas devoir être amélioré par cette loi. Citons à ce propos l'opinion autorisée de M. le Dr Bajenoff : « En pratique, dit-il, cette réforme se réduira parfois à ceci : dans les asiles de province les places de médecins traitants seront recherchées surtout par ceux que vous appelez les fruits secs de la profession, les médecins de la région ou de la ville située à proximité de l'asile et qui aimeraient bien pour compenser les maigres revenus de leur clientèle, s'assurer un traitement fixe qu'ils gagneront à faire tous les jours une visite, d'ailleurs lestement expédiée, à l'asile voisin, quitte à ne plus se préoccuper de leur service jusqu'au lendemain. C'est dans ces conditions que vous aurez dans certains services des médecins « ignorants comme des carpes » en matière de maladies mentales.

Je crains bien que cette réforme ne constitue aucun progrès, mais soit plutôt un recul ».

Le gouvernement l'a si bien compris qu'il vient, par décret en date du 2 février 1910 de relever le traitement des médecins d'asiles. Quant aux autres réformes que nous avons énumérées, elles ne pouvaient être envisagées dans la proposition de loi nouvelle, les questions touchant l'organisation intérieure et le personnel devant faire l'objet de règlements d'administration publique.

Ainsi donc voilà deux points bien acquis :

1) *Pas plus que la loi de 1838, la loi Dubief n'empêchera les séquestrations arbitraires, et les formalités nombreuses qu'elle accumule pour l'internement ne pourront que nuire aux aliénés en retardant leur admission à l'asile.*

2) *Pas plus que la loi de 1838, elle ne facilitera la tâche des médecins d'asiles et ne leur permettra de traiter d'une manière active et efficace les aliénés qui leur seront confiés, mais au contraire en les obligeant à faire de la clientèle, elle les détournera tout à fait de leur devoir professionnel.*

Est-ce donc là une loi de progrès ?

Il faut dire d'ailleurs qu'elle a été critiquée très vivement par un grand nombre de médecins aliénistes. Il n'y a pas que le Dr Bajenoff qui ait traité un peu méchamment les réformes votées par la Chambre. M. le professeur Gilbert Ballet dans le discours d'inauguration de son cours de maladies mentales à la Faculté de Paris n'a pas craint de dire que cette loi, si elle était promulguée telle qu'elle est sortie de la Chambre, serait un malheur public, et il ajoutait: « Avec l'illusion de faire œuvre de progrès, les députés dans leur ignorance de la question ont voté la loi la plus rétrograde qui soit. » Et M. Le Dr Vallon, président du dernier

congrès des aliénistes et neurologistes à Nantes, disait alors dans son discours d'inauguration : « Si ce projet de loi est sanctionné sans modifications profondes par le Sénat, nous ferons un bond énorme en arrière au point de vue de l'hospitalisation et du traitement des aliénés. »

Nous ne pousserons pas plus loin l'étude de cette proposition de loi Dubief. Les autres questions qu'elle aborde ne peuvent entrer dans notre sujet. Sans aller aussi loin que les auteurs éminents dont nous venons de citer les opinions très catégoriques, il nous suffit de constater qu'au point de vue spécial de la thérapeutique des aliénés dans les asiles publics, elle ne saurait rien changer au triste état de choses actuel, à moins cependant qu'elle ne le rende peut-être encore plus défectueux.

Ce ne sera pas encore cette loi, telle qu'elle est, qui transformera nos asiles en hôpitaux de traitement, au contraire !

Il faut espérer que le Sénat, sacrifiant davantage les préoccupations budgétaires au véritable intérêt des aliénés, inscrira dans la loi avant toutes choses l'augmentation obligatoire du personnel médical des asiles publics. — D'ailleurs, même en se plaçant au point de vue financier, il serait certainement moins coûteux d'augmenter le nombre des médecins que de multiplier les établissements spéciaux pour alcooliques, épileptiques, idiots, etc., dont on ne voit pas très bien l'utilité au point de vue médical.

En tout cas, sans cette réforme capitale, nous le répétons encore une fois, les dispositions les meilleures resteront inutiles.

Les asiles privés, que la concurrence oblige à tenir compte de tous les progrès accomplis, resteront la seule ressource des familles aisées, qui préfèreront faire quel-

ques sacrifices d'argent pour voir soigner leurs malades. Car dans les asiles publics, suivant l'expression de Sérieux, « On se préoccupe davantage de les séquestrer que de les traiter, et nous sommes ainsi arrivés, cent ans après Pinel à ce lamentable résultat de voir les aliénés, dont sans cesse on proclame la dignité de malades, rabaissés à la triste condition de détenus. »

CONCLUSIONS

I. — Malgré les progrès considérables effectués au point de vue de l'hygiène des asiles et de l'adoucissement du sort des aliénés, les asiles publics ne sont aujourd'hui encore que des « *garderies* » de fous, des établissements de sûreté, et non des hôpitaux de traitement dont le but est de guérir.

II. — Les progrès de la thérapeutique des aliénés n'ont pas franchi les murs élevés des asiles. Les méthodes nouvelles, telles que l'alitement, l'électrothérapie, la photothérapie, la chirurgie spéciale y sont inconnues ou inutilisées ; les anciennes, comme l'isolement, les médicaments hypnotiques, l'hydrothérapie, y sont mal appliquées ou donnent lieu à des abus. Seul, le travail est généralement bien organisé.

III. — Les causes de cette négligence du traitement des aliénés peuvent être groupées sous quatre chefs principaux :

1°) L'ignorance souvent complète de la thérapeutique spéciale des aliénés.

2°) La mauvaise organisation du service médical dans les asiles publics.

3°) L'insuffisance du personnel de surveillance.

4°) La subordination du personnel médical au personnel de surveillance qui abuse, surtout quand ce dernier est religieux.

IV. — Les réformes nécessaires peuvent se réduire également à quatre principales :

1°) L'organisation de l'enseignement de la thérapeutique spéciale des aliénés, dont la connaissance devrait être exigée au concours de l'adjuvat.

2°) L'augmentation du nombre des médecins et la répartition des services entre tous les médecins traitants, sous le contrôle du directeur médecin en chef, ce qui permettrait à la fois au personnel médical de s'affranchir de toute subordination et de surveiller de plus près et avec plus d'autorité le personnel de surveillance.

3°) L'augmentation du personnel de surveillance.

4°) La laïcisation du personnel des asiles publics, nécessaire pour assurer le respect de l'autorité médicale et l'exécution stricte par ce personnel de ses devoirs professionnels.

V. Le nouveau projet de loi adopté par la Chambre des Députés sur le rapport du Dr Dubief n'envisage aucune de ces réformes. Le seul paragraphe de cette loi qui touche à l'organisation du service médical, loin de remédier à l'état de choses actuel, ne peut que le rendre encore plus défectueux, ou, dans les cas les plus favorables, n'y rien changer.

VI. Il y a donc lieu de penser que, malgré la nouvelle étiquette d'hôpitaux de traitement donnée aux asiles dans la loi, ceux-ci resteront longtemps encore de simples hospices, où tout est sacrifié à l'hygiène et rien à la thérapeutique, de vastes *renfermeries* d'aliénés, destinées à les mettre pour le reste de leurs jours hors d'état de nuire et à l'abri du besoin.

Nous ne saurions terminer ce travail sans remercier M. le Professeur Dieulafoy, dont l'indulgente bienveillance nous a encouragé dans notre tâche et nous lui exprimons ici notre vive reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant de présider la soutenance de cette thèse.

Vu : *Le Président de la thèse*,
DIEULAFOY

Vu : *Le Doyen*,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Allen (Richard). — Un cas de mal épileptique. Ponction lombaire. Guérison. *British Méd. Journ.* 11 avril 1908.

Anglade. — *In* Traité de Pathologie mentale de G. Ballet. Paris, 1903.

Apostoli et **Berlioz.** — Note sur l'action thérapeutique générale des courants alternatifs à haute fréquence. *Arch. d'Electr. Méd.* 1895. T. III. p. 139.

Arnozan. — Précis de Thérapeutique.

Babinski. — De la radiothérapie dans les paralysies spasmodiques spinales. *Rev. Neurol.* 15 sept. 1908, p. 925.

Ballet. — Traité de pathologie mentale. Paris, 1903.

Barcat et **Delamarre.** — Le radium dans le traitement des névralgies et des névrites. *Arch. d'Electr. méd.* 10 avril 1908.

Benedickt. — L'Arsonvalisation dans la médecine. *Wien. med. Woch.* 1899, n° 5.

Beni-Barde. — Traité d'hydrothérapie.

Beni-Barde et **Materne.** — L'hydrothérapie dans les mal. chroniques et les mal. nerveuses. 1894.

Bekhtereff et **Poussèpe.** — La chirurgie dans les mal. mentales *Revue de Psychiâtrie, de Neurol., et de Psychol. expérimentale (russe).* n°s 3 et 4, 1908.

Berkeley. — Nouv. expériences sur l'emploi de la glande parathyr. dans le trait. de la Paral. Agitante. *New-York Méd. Journ.* 23 novembre 1907.

Bernheim. — Hypnotisme, suggestion, psychothérapie. Paris, 1891.

Bernstein. — Sur le rôle du séjour au lit dans le traitement des aliénés. *Annales médico-psychol.*, janvier 1897.

Billinkin. — Application de l'électrothérapie dans les crises laryngées et visc. des tabétiques. *Revue Neurol.* 30 janvier 1909, p. 89.

Bioglio. — Sels de chaux et épilepsie. *1er Congrès italien de neurologie.* Naples, 1908.

Bormann. — Sur le territoire commun à la chirurgie et aux mal. mentales. *Gazette Médicale russe*, n° 32, 1908.

Bourneville. — *Congrès de Rennes.* 1903.

Bouveret. — La neurasthénie, 1901.

Bratz. — Sur le traitement mixte de Flechsig par l'opium et le bromure dans l'épilepsie. *Allg. Zeitsch. f. Psychiat*, t. LIV, 1897.

Briand. — *Congrès de l'hypnotisme.* 1889.

Brierre de Boismont. —*Annales Médico-psychol.*, septembre 1865, p. 302.

Byswanger. — *Allg. Zeitsch. f. Psychiat.* 39, II.

Christian. — *Congrès de Rennes*, 1905.

Courmont et **Crémieu.** — Effets de la déchloruration chez un épileptique bromuré. *Lyon Méd.*, T. I, 1908, p. 1373.

Cullerre. — Traité pratique des mal. mentales, 1890.

— La thérapeutique suggestive et ses applications. Paris, 1893.

Dagonet et **Duhamel.** — Traité des mal. mentales, 1894.

Dana. — Discussion sur la valeur du traitement antisyphilitique dans le tabes et la paralysie générale, *New-York Neurol. Society*, 2 avril 1907 et *Journ. of nervous and mental Disease*, décembre 1907, p. 780.

Delherm. — La Radiothérapie dans les affections médullaires. *Gaz. des Hôpit.* n° 101, 5 sept. 1908.

Deschamps. — Agents phys. et mécan. dans le Trait. des hémiplégies organiques. *Congrès de Grenoble*, 1902.

Dieulafoy. — Pathologie interne, T. II.

Drouineau. — *Congrès de Rennes*, 1905.

Dubief. — Le régime des aliénés Paris, 1909.

Esquirol. — Des maladies mentales. Paris, 1838.

Falret (J.P.). — Des maladies mentales et des asiles d'aliénés. Paris, 1864. *Introduction*, p. LVI.

Falret (Jules). — Les aliénés et les asiles d'Aliénés. Paris, 1890.

— *Annales Médico-Psychol.* Mars 1865, p. 248-275.

Faure. — *Congrès de Médecine.* Paris, 1907.

Faure et **Constensoux.** — Massage chez les tabétiques. *Congrès de Grenoble.* 1902.

Fauvel. — *Thèse de Paris*, 1896.

Febvré et **Picqué.** — Du rôle de la gynécologie dans les services des femmes aliénées. *Congrès de Marseille*, 1899.

Féré. — Du Borax dans le trait. de l'Epilesie. *Rev. de Méd.*, 1895, p. 750.

Fleury. — Traité d'hydrothérapie. b

Ford Robertson et **Douglas Mac Rae.** — Observat. sur le trait. de la paral. gén. et du tabes par des vaccins et des anti-sérums. *The Journ of Ment. Science*, vol. LIII, n° 223, octobre 1907.

Forel. — Le traitement de l'épilepsie. *Rev. Neurol.* 15 nov. 1909, p. 1347.

Foveau de Courmelles. — La galvanisation cérébrale, *Congrès de Rennes*, 1905.

— La lumière en thérapeutique nerveuse, *Congrès de Bruxelles* 1903.

Foster Barham. — Notes sur le trait. des épileptiques aliénés avec considérations sur le régime déchloruré, *The Journ. of. Ment. science*, vol. LIII, n° 221, avril 1907.

Garnier. — Internement des aliénés. Paris, 1898.

Garnier et Cololian. — Traité de thérapeutique des mal. mentales et nerveuses. Paris, 1901.

Gidon. — L'électrothérapie dans le Tabes. *Année Médic. de Caen*, n° 3 mars 1907.

Gilles de la Tourette. — Traitement pratique de l'épilepsie. Paris, 1901.

Goyder. — Une expérience concernant le traitement de l'épilepsie. *British Méd. Journ.* 23 janv. 1909.

Grendi. — Sur un nouvel hypnotique, le bromural. *Gazetta degli Ospedali e delle Cliniche*, an XXIX, n° 95, p. 1.005, 9 août 1908.

Guislain. — Leçons orales sur les phrénopathies ou traité théorique et pratique des mal. mentales, t. III, p. 22, Gand, 1852.

Hallopeau. — Améliorat. d'un cas de tabes sous l'influence d'un traitement mixte par les frictions mercurielles et l'atoxyl. *Soc. de Derm. et de Syphil.* 9 janv. 1908, bull., p. 27.

Hamilton Browning et Ivy Mac Kenzie. — Réaction de Wassermann et sa signification dans la paral. générale. *Rev. Neurol.* 15 nov. 1909, p. 1.350.

Haret. — La radiothérapie dans le traitement des névralgies. *Congrès français de Physiothérapie*, Avril 1908.

Hebold. — Bettbehandlung und Zelle. *Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, t. XLVII p. 686, 1891.

Heilbronner.— Bettbehandlung und Einzelzimmerbehandlung. *Allg. Zeitsch. f. Psychiat.* t. LIII, 1897.

Joffroy et **Mignot**. — La paralysie générale. Paris, *Doin*, 1910.

Joire. — L'action de la lumière sur l'organisme et son action en thérapeutique. *Congrès de Bruxelles*, 1903.

Juvelin. — Le massage dans les maladies par ralentissement de la nutrition. 1893.

Kéraval. — Trait. de l'aliénat. mentale par le repos au lit. *Progrès Médical*, 18 juin 1898.

Korsakoff. — L'alitement dans le trait. des psychoses. *Congrès de Paris*, 1900.

Kraepelin. — *Allg. Zeitsch, f. psych.* t. XLI.

Labeau. — Contrib. à la radiothérapie dans la syringomyélie. *Thèse de Bordeaux*, 1907-1908.

Lacombe. — Contribution à l'étude du traitement des aliénés par le repos au lit. *Thèse de Paris.* 1898.

Lapointe. — De l'internement des aliénés dans les asiles. *Congrès de Nancy*, 1896.

Lecercle. — Traité élément. d'électricité médicale, 2e partie.

Levillain. — La neurasthénie, 1901.

Liébeault. — Le sommeil provoqué et les états analogues. Paris, 1889.

Mac Callum. — Le trait. bromuré dans les colonies d'épileptiques. *British Médic. Journ.*, 14 mars 1908.

Magnan. — Traitement de la manie. *Rev. de Psychiât.*, juillet 1897.

— Alitement. Traitement par le repos au lit dans les formes aiguës et subaiguës de l'alcoolisme. *Congrès de Marseille*, 1899.

Mairet et Delteil.— L'alitement en aliénat. mentale. *Congrès de 1900.*

Malbois. — Contrib. à l'etude du trait. des aliénés dans les asiles de province. *Thèse de Paris*, 1900.

Maragliano. — Contrib. à la thérapeut. de la neurasth. et de l'hystéro-neurasth. grave au moyen de la neuroprine. *Rev. Neurol.* 30 nov. 1909, p. 1416.

Marie. — L'atoxyl dans le trait. de la paral. générale. *Soc. de thérapeutique.* 22 octobre 1907.

Marinesco. — Deux cas de sclérose en plaques améliorés par la radiothérapie. *Romania medicala*, 1908, nos 17-18.

Massy. — Etude sur l'emploi du massage dans les maladies nerveuses. Paris, *Masson*, 1894.

Morel. — *Ann. Médico-psychol.* Janv. 1865, p. 136.

Morel (Jul.). — Trait. des psychoses par l'alitement. *Congres de Paris* 1900.

Neisser. — Rapport sur l'alitement dans le trait. des psychoses. *Congrès de Paris*, 1900.

Ottone. — La céphalopine dans le trait. de l'épilepsie, de l'hystérie, de la neurasthénie et d'autres mal. nerveuses. *La Riforma medica*, an XXIV, n° 25, 22 juin 1908.

Paetz. — Colonisation des aliénés dans ses rapports avec le système de l'open door. Berlin, 1893.

Pailhas. — Balnéation et hydrothérapie dans le trait. des mal. mentales. *Congrès de Rennes*, 1905.

Parchappe. — *Ann. Médico-Psychol.*, Novembre 1865, p. 450.

— , *in* Dictionn. de Méd. et de Chir. de Jaccoud, t. III, p. 107.

Piéchaud. — Intervent. chirurgic. chez les aliénés. *Congrès de Bordeaux*, 1893.

Pinel. — Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale. Paris, 1809.

Pitres et **Cruchet**. — Six cas de tics traités par la Gymnastiq. respiratoire. *Congrès de Bruxelles*, 1903.

Pochon. — Etude sur le trait. des aliénés agités par le repos au lit. *Thèse de Paris*, 1899.

Porter. — Nouveau sédatif et hypnotique (Bromural) alphamonobromisolvaleryluré. *The Boston Medical and Surgical Journal*, vol. CLIX, n° 1, p. 10, 2 juill. 1908.

Prato. (Salvator).— Un nouvel hypnotique, le Médina, dans la pratiq. psychiât. *Rivista speriment. di Freniat.*, vol. XXXIV, fasc. 3-4, p. 671, 15 déc. 1908.

Rebizzi (Renato). — Le bromure de potassium en inject. hypoderm. *Rev. Neurol.*, 28 février 1909, p. 205.

Régis. — Précis de Psychiâtrie. Paris, *Doin*, 1906.

Régis. — *Congrès de Rennes*, 1905.

De Rezende Puech. — Intervent. chirurgic. dans la pratique psychiâtrique. *Thèse de Rio-de-Janeiro*, 1907.

Rieger. — *Klin. Jahrbücher*, T.V.

Robertsen. — *The Journ. of Ment. Science*, janvier 1891.

Robertson. — Emploi de l'hypnotisme chez les aliénés. *The Journ. of Ment. Science*, janvier 1893.

Robinson. — Etude chimique des composés du brome et spécialement du bromure de strontium. *The Journ. of the American Med Association*, vol. L. n° 3, 18 janvier 1908.

Rockwell. — *Med. and Surg. Electricity*, New-York, 1888.

Roubinovitch. — Inject. de liquide céphalo-rachidien autogène dans le traitement des états asthéniques d'origine organiq. ou fonctionnelle. *Rev. Neurol.* 15 sept. 1909, p. 1130.

Roubinovitch et **Toulouse**. — La Mélancolie. Paris, 1897, p. 389.

Sandlom. — *The New-York Med. Journal*, 13 janv. 1895.

Schneider. — A propos de la Neurasthénie. *Rev. de Méd.*, an. XXVII n° 12, 10 déc. 1907.

Scholz. — *Reforme der Irrenpflege*, Leipzig, 1896.

Schrœder. — Le massage dans les Asiles. *Thèse de Greiswald*, 1887

Schüle. — *Allg. Zeitsch. f. Psychiât.* 37, VI et 40, II.

Séglas. — Fait pour servir à l'histoire de la thérap. suggestive. *Arch Neurol.*, 1885, vol. X, p. 376.

Sérieux. — L'assistance des aliénés en France, en Italie et en Suisse Paris, 1903.

— Notice historique sur le développement de l'assistance des aliénés en Allemagne. *Arch. de Neurol.* 1895, vol. XXX, n° 105 p. 371.

Sérieux et **Farnarier**. — Travail et alitement dans le Trait. des Mal. mentales. *Arch. de Neur.*, 1899. n° 48.

Sinkler. — Rest Treatment. *Journ. of Ment. Diseases.* Juin 1892.

Sollier et **Chartier**.— L'opothérapie ovarienne et hypophysaire dans certains troubles mentaux. *Rev. Neurol.*, 30 août 1908, p. 802 et *Congrès de Dijon*, 1908.

Sutzu. — La Balnéothérapie, la clinothérapie, et le système no-restraint dans la thérapeutique et l'assistance moderne des aliénés. *Revista stiintelor Médicalê*. n° 3, 1908.

Thomas. — Trait. de la chorée de Sydenham. *La Clinique*, an IV, n° 8, p. 119, 18 février 1909.

Tigger. — Trait. des psychoses à l'aide de l'électricité. *Allg. Zeitsch. f. Psychiât.* 39, VI.

Tokarsky. — De l'applicat. de l'hypnotisme au trait. des mal. mentales. *Congrès internat. de Moscou.* 1897.

Touchard et **Fabre**. — Cas de syringomyélie traité par le radium et cas de sciatique traité par le radium. *Soc. de Neurol. de Paris*, 6 mai 1909 et *Rev. Neurol.* 30 mai 1909, p. 647.

Toulouse. — Cellules et Chambres d'isolement. *Rev. de Psychiât.* Mars 1898.

— Doit-on interner les aliénés ? *Rev. de Psychiât.* Juin 1901.

Toulouse et **Marchand**. — *Comptes rendus de la soc. de Biol.* 4 mars et 8 juillet 1899.

Trénel. — Rapp. sur le trait. de l'agitation et de l'Insomnie dans les mal. nerveuses et mentales. *Congrès de Bruxelles*, 1903.

Trévisanello. — La neuroprine dans la thérapeut. de l'épilepsie et de la neurasthénie. *Rev. Neurol.* 15 mars 1908, p. 221.

Turner. — Du trépan et de la ponction vertébrale dans la paralysie générale. *British Méd. Journ.* 2 mai 1896.

Vallet. — Notes sur l'emploi de l'Isopral chez les aliénés. *Rev. de Psychiât.* T. XII, n° 10, p, 433-439, octobre 1908.

Del Valle y Aldabalde. — Le sérum antidiphtérique dans le traitement du tabes. *Rev. de Méd. et de Chir. pratiques de Madrid.* 15 février 1908.

Vallon. — Discours d'inauguration du *Congrès de Nantes*. 1909.

Victoroff. — Observat. cliniques sur l'action hypnotiq. du Proponal dans différentes maladies. *Suppl. Médic. (russe) au Recueil Maritime.* Juin-juillet 1908.

Voisin. — Etude sur l'hypnotisme et les suggestions chez une aliénée. *Soc. Médico-psych.* séance du 30 juin 1884 et *Ann. Médico-Psych.* sept. 1884, 6e série. T. XII, 42e année, p. 289 et suiv.

Walker. — Iodure de Potassium dans les mal. mentales. *New-York méd. Journal.* 4 janvier 1908.

Wattenberg. — Sollen wir isoliren ?. *Allg. Zeitsch. f. Psychiât.* t. 52, 1896.

Weir Mitchell. — On rest in the treatment of nervous diseases, in *Seguin's series of American clinical lectures*, t- I, nº 4, 1875.

Wier. — Histoires, disputes et discours, Paris, *Delahaye et Lecrosnier* 1885.

Wiglesworth.— Sur l'usage de l'électricité galvanique dans certaines formes d'aliénat. mentale. *The Journ. of ment. science*. octobre 1887.

Williams. — Traitement rationnel du tabes en relation avec la pathogénie de l'affection. *Médical Record*, 10 avril 1909.

TABLE DES MATIÈRES

Pages.

Avant-propos. 5

PREMIÈRE PARTIE

Historique et division.

1. *Historique*. 9
2. *La Thérapeutique actuelle*. 13
3. *Division*. 20

DEUXIÈME PARTIE

Les diverses méthodes de traitement

CHAPITRE I. — *L'Isolement*. 25
1. L'isolement d'après Esquirol ou Internement. 25
2. L'isolement absolu ou isolement cellulaire. 31
CHAPITRE II. — *Les Agents Chimiques*. 37
CHAPITRE III. — *L'Hydrothérapie et la Mécanothérapie*. . . . 48
1. Hydrothérapie. 48
2 Mécanothérapie. 53
CHAPITRE IV. — *Le Travail*. 56
CHAPITRE V. — *L'Alitement ou Clinothérapie*. 61
CHAPITRE VI. — *Electrothérapie, Radiothérapie, Photothérapie*. . 71
1. Electrothérapie. 71
2. Radiothérapie 75
3. Photothérapie. 76
CHAPITRE VII — *La Thérapeutique chirurgicale*. 79
CHAPITRE VIII. — *La Psychothérapie*. 85

TROISIÈME PARTIE

Les Causes.

1. Organisation du service médical. — Directeur. — Médecin en chef. — Médecin-adjoint. — Internes. — Insuffisance de l'enseignement psychiâtrique. 8

2. — Insuffisance du personnel de surveillance. — Sa toute-puissance dans les asiles : les abus. — Mauvais recrutement le personnel religieux. 94

QUATRIÈME PARTIE

Les Réformes.

1. Réforme de l'enseignement psychiâtrique. — Augmentation du personnel médical. 99
2. Augmentation du personnel de surveillance. — Laïcisation du personnel. 100

CINQUIÈME PARTIE

La proposition de loi Dubief (22 Janvier 1907).

Discussion. 103

Conclusions 111

Bibliographie. 115